Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

32 012 Governance in de zorgsector

Nr. 24

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 22 januari 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 september 2013 over goed bestuur in de zorg (Kamerstuk 32 012, nr. 15).

De vragen en opmerkingen zijn op 15 november 2013 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 22 januari 2015 zijn de vragen beantwoord. Gelijktijdig met deze antwoorden is een brief ontvangen over hoe de heroverweging van de voorgestelde maatregelen uit de brief van 19 september 2013 er in hoofdlijnen uitziet. (Kamerstuk 32 012, nr. 23).

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunctgriffier van de commissie,
Sjerp

kst-32012-24
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Inhoudsopgave

I	**Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**	**2**
1.	Algemeen	2
2.	Waarborgen functioneren raden van bestuur en raden van toezicht	5
3.	Medezeggenschap op maat	12
4.	Verscherpen toelating zorgaanbieders	14
5.	Wet goed bestuur in de zorg	16
II.	**Reactie van de Minister**	**17**

I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

1. Algemeen

De leden van de **VVD-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de governance brief. Genoemde leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen.
Kan nader worden toegelicht wat de toegevoegde waarde is van de aangekondigde aanvullingen op het bestaande governance kader? Kan hierbij expliciet ingegaan worden op de mate waarin de aangekondigde aanpassingen een extra impuls zullen vormen voor die instellingen die op dit moment onvoldoende presteren? Kan aanvullend ook worden ingegaan op de mate waarin de aangekondigde aanvullingen belemmerend kunnen zijn voor die instellingen die op dit moment juist goed presteren op het gebied van governance?
Kan aangegeven worden hoe de Minister inspeelt op de drie weeffouten die genoemd worden in het rapport Halsema, «Een lastig gesprek»?
De wettelijke resultaatsnormen zijn zeer algemeen geformuleerd. Hoe kan gegarandeerd worden dat deze normen niet ongewenst breed of ongewenst smal worden geïnterpreteerd? Hoe kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) adequaat toezicht houden op dergelijk algemeen geformuleerde resultaatsnormen? Wat is de toegevoegde waarde van het wettelijk vastleggen van deze resultaatsnormen, versus andere alternatieven?

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over goed bestuur in de zorg en hebben daarover nog enige vragen en opmerkingen.
Genoemde leden begrijpen de redenering dat wanneer zorgaanbieders, kwalitatief of financieel onder de maat presteren, er minder bij hen zal worden ingekocht en dat dit kan leiden tot financiële problemen en een eventueel faillissement. Zij zijn echter van mening dat er momenteel slechts beperkt inzicht is in de kwaliteit van de geleverde zorg en de kwaliteit van het bestuur en dat inkoop op deze criteria meer een wensgedachte dan realiteit is. De stelling dat zorgverzekeraars, banken en overige financiers vanuit hun verschillende rollen zich daarom vergewissen van de «checks en balances» binnen een zorgaanbieder, vinden zij op zichzelf dan ook niet geloofwaardig. Deze leden zouden als onderbouwing van deze stelling graag voorbeelden krijgen waarin zorgaanbieders, door kwalitatief of financieel onder de maat te presteren, geconfronteerd werden met een daling van de zorginkoop.
De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd naar de uitwerking van de resultaatsnormen in het wetsvoorstel goed bestuur in de zorg. Zij gaan ervan uit dat niet alleen de resultaatsnorm zal worden uitgewerkt, maar dat ook aangegeven wordt hoe deze norm bij overtreding gehandhaafd zal worden. Zij vragen de Minister wanneer de Kamer de uitwerking van deze handhavinginstrumenten tegemoet kan zien. Genoemde leden vragen verder hoe de effectieve borging van publieke belangen die

afgestemd zijn op woningbouwcoöperaties, pensioenfondsen, zorginstellingen, scholen en spoorbedrijven, in verhouding staan tot de, ook in deze brief omschreven, unieke context van de zorg. Zij begrijpen dat er gestreefd wordt naar een zekere afstemming in de ordening en governance van deze uiteenlopende sectoren, maar vragen of dit streven geen afbreuk doet aan de effectiviteit van de ordening en governance van de zorgsector. Deze leden willen dan ook weten hoe de specifieke context van de zorgsector recht gedaan wordt in dit voornemen. Zij zijn verder verheugd dat bij het uitwerken van het wetsvoorstel goed bestuur in de zorg ook gekeken wordt naar sector overstijgende lessen voor financieel beheer, verantwoording en toezicht voor instellingen die een publiek belang dienen. Genoemde leden zouden graag willen weten welke sectoren hierbij betrokken worden en hoe «best practices» alsook «worst practices» betrokken worden bij de uitwerking hiervan.

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen over de brief goed bestuur. Zij vinden het goed dat er wordt nagedacht over wat te doen bij disfunctionerend bestuur. Te vaak krijgen deze leden meldingen van patiënten en zorgverleners dat bestuurders wegkijken bij een slechte kwaliteit van zorg en verwaarlozing van de zorg voor patiënten. Deze leden constateren dat er bestuurders zijn die tonnen verdienen, terwijl zij verantwoordelijk zijn voor incidenten, voor slechte kwaliteit van zorg en structureel inzetten van onbekwaam personeel. Bestuurders gaan altijd vrijuit, terwijl het vaak de artsen en de zorgverleners zijn die de schuld in de schoenen geschoven krijgen. Het mechanisme dat bij goed beleid de bestuurder pronkt met het werk van anderen, maar wegduikt bij fouten die onder zijn of haar leiding plaatsvinden, zien we keer op keer weer opduiken. Erkent de Minister dit? Erkent de Minister ook dat bestuurders in de zorg er in geslaagd zijn om voor zichzelf goudgerande regelingen te organiseren, compleet met eigen managementlagen, auto's van de zaak, luxe zakenreisjes en borrels, terwijl de medewerkers van de organisatie dag-, nacht- en weekenddiensten draaien? Welke verandering heeft zich voorgedaan waardoor de Minister nu wel bereid is om te kijken naar het functioneren van bestuurders in de zorg? Kan de Minister de situaties op een rij zetten waar zij heeft geconstateerd dat bestuurders verantwoordelijk zijn voor gebrekkige zorg en slechte kwaliteit van zorg? Deze leden verlangen een uitgebreide toelichting op dit punt.
Waarom wordt de beleidsbrief «goed bestuur» genoemd, terwijl er geen concrete voornemens zijn om slecht bestuur echt af te straffen? Waar zijn de concrete acties om bestuurders aansprakelijk te stellen voor wanbeleid? Waar is het middel om er voor te zorgen dat bestuurders zich te allen tijde dienstbaar opstellen aan de organisatie die zij dienen, in plaats van de organisatie dienend te laten zijn aan hun eigen functioneren? Welke visie heeft de Minister op het voorkomen van Zonnekoninggedrag waar hele organisaties onder zuchten en/of aan ten onder gaan? Waarom staan in de beleidsbrief geen plannen om bestuurders te dwingen zich meer in te zetten voor de zorg van patiënten en de zorg voor hun personeel?
De Minister stelt dat bestuurders en toezichthouders de afgelopen jaren een belangrijke professionaliseringsslag hebben gemaakt. De leden van de SP-fractie willen weten wat er met deze professionaliseringsslag wordt bedoeld en wil graag een lijst met inspanningen die er schijnbaar zijn gepleegd op bestuurlijk niveau.
De Minister lijkt wederom blind te varen op marktwerking door te stellen dat bij zorgaanbieders die kwalitatief of financieel onder de maat presteren minder ingekocht zal worden. Waar is gedachte dat hierdoor opeens een goede bestuurder opstaat op gebaseerd? Erkent de Minister ook dat zij toezicht op kwaliteit van zorg en bestuur in handen legt van de inkopers, terwijl inkopers ook afhankelijk zijn van (grote) zorginstellingen om te voldoen aan hun zorgplicht? Welke garantie heeft de Minister op

het afstraffend vermogen van de markt? Ziet de Minister ook niet dat het bestuurlijke matras in de zorgsector weinig tot geen zelfreinigend vermogen kent, omdat we zien dat falende bestuurders vrolijk elders weer een (dure) bestuurdersbetrekking krijgen (aangeboden)?
De leden van de SP-fractie vragen waarom de Minister steeds meer geneigd is om overheidstoezicht op kwaliteit en daarmee ook het bestuur in de zorg op afstand te plaatsen. Is zij werkelijk van mening dat zorgverzekeraars en banken kwaliteitsregels zullen stellen? Erkent de Minister niet dat juist zorgverzekeraars en banken uit zijn op zo een goed mogelijk eigen rendement, iets wat de kwaliteit ook kan aantasten? Het lijkt er zelfs op dat de Minister de controle op kwaliteit in handen wil leggen van banken door te stellen dat «zij zich zullen vergewissen van de checks and balances binnen een zorgaanbieder». De controle door de overheid noemt de Minister slechts een «sluitstuk». De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij de controle door de overheid werkelijk als een sluitstuk zou betitelen. Ook vragen deze leden waar de Minister haar vertrouwen in de marktwerking op baseert gezien de lange lijst aan incidenten en slechte zorg. Kan de Minister een lijst met concrete voorbeelden geven waarbij duidelijk is geworden dat marktpartijen op een onbaatzuchtige manier beter bestuur hebben afgedwongen?

De leden van de **PVV-fractie** hebben met teleurstelling kennisgenomen van de governance brief van de Minister waar al zo lange tijd naar uitgekeken werd. Genoemde leden zijn met name teleurgesteld door de wijze waarop de Minister aangenomen moties afhandelt. Zij hebben daar vragen over plus nog een aantal andere aanvullende vragen en opmerkingen. De leden van de PVV-fractie zijn niet overtuigd dat wanbestuur en incidenten die de patiëntveiligheid in het nauw brengen met de aangekondigde maatregelen worden voorkomen.

De leden van de **CDA-fractie** vinden dat goed bestuur in de zorg van groot belang is. Dit verdient blijvend aandacht. Elke verbetering in de governance structuur draagt bij aan goede zorg. Daarbij zijn deze leden er ook van overtuigd, dat welke regelgeving er ook wordt gemaakt vooral het moreel kompas van bestuurders in de zorg benodigd is. De zorg is een belangrijke maatschappelijke taak. Genoemde leden hebben echter nog wel een groot aantal vragen naar aanleiding van de brief van de Minister. Deze leden willen graag nog nadere uitleg van de Minister welke incidenten specifiek voor de Minister aanleiding waren om de governance structuur te verbeteren. Wat waren daarbij de achterliggende oorzaken: gebreken in de governance structuur of overige oorzaken? Daarnaast is de vraag of naast de codes en de rol van de IGZ ook daadwerkelijke een specifieke wet noodzakelijk is. Graag krijgen de leden van de CDA-fractie daar nog een nadere uitleg over.

De leden van de **D66-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van de voornemens om goed bestuur in de zorg te bevorderen. Deze leden stellen vast dat de samenleving steeds hogere eisen stelt aan de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Uit een reeks van incidenten is de laatste tijd gebleken dat de kwaliteit en doelmatigheid ondermaats waren, omdat de interne bestuur- en toezichtstructuur tekortschoot. Dat vereist een verdere professionalisering van bestuurders en toezichthouders. Deze leden constateren ook dat er een emancipatiebeweging onder cliënten heeft plaatsgevonden. Mensen zijn hoger opgeleid, beter geïnformeerd en mondiger geworden. Hierbij past invloed en medezeggenschap op het beleid van hun zorgaanbieder.
De leden van de D66-fractie vinden dat zorgaanbieders op de eerste plaats verantwoordelijk zijn voor een professionele governance cultuur in de zorg. Regelgeving kan daarbij een aanjager zijn, maar het gaat in de eerste plaats om het gezamenlijk bouwen aan een omgeving waarin onderlinge

aanspreekbaarheid, afrekenbaarheid en verantwoordelijkheid normale ingebedde begrippen zijn. Deze leden stellen vast dat ook het rapport van de Commissie Behoorlijk Bestuur (de commissie Halsema) aangeeft, dat louter inzetten op regelgeving niet direct tot de gewenste verbeteringen leidt. Deze leden vragen de Minister daarom nader toe te lichten hoe de voorliggende inbreng zich verhoudt tot de conclusies van de commissie Halsema.
De leden van de D66-fractie delen met de Minister de constatering dat wanneer we bestuurders en toezichthouders opzadelen met een berg aan gedetailleerde eisen, het risico op de loer ligt dat mensen onvoldoende eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun handelen en de regels maatstaf worden voor hun gedrag. Bovendien bestaat er geen model waarin precies wordt voorgeschreven hoe een raad van bestuur en raad van toezicht van een zorgaanbieder moeten handelen, omdat factoren zoals de instellingsgrootte, het soort zorgaanbod en de samenstelling van de cliëntenpopulatie onderling flink verschillen. Deze leden geloven daarom veel meer in het creëren van interne checks and balances binnen een zorgaanbieder, waarbij cliënten voldoende mogelijkheden krijgen om tegenwicht te bieden. Deze leden stellen daarom met enige teleurstelling vast dat de tegenmacht van de cliëntenraad nu onvoldoende wordt vormgegeven. Deze leden vragen de Minister de patiënten- en cliëntenorganisaties nadrukkelijk te betrekken bij de uitwerking van het wetsvoorstel voor goed bestuur in de zorg.

2. Waarborgen functioneren raden van bestuur en raden van toezicht

De raad van bestuur dient de raad van toezicht te betrekken bij besluiten die een grote impact op de zorgaanbieder hebben. Dit is niet altijd op voorhand te voorspellen. Kan de bedoelde reikwijdte van dit voornemen nader geduid worden, zo vragen de leden van de **VVD-fractie**.
Alle leden van de raad van bestuur moeten een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) overhandigen voor toetreding tot de raad van bestuur. Wat is de toegevoegde waarde van een VOG in dit kader? Welke problemen denkt de Minister met deze maatregel te voorkomen? Leidt deze maatregel niet tot schijnzekerheid ten aanzien van de achtergrond van leden van de raad van bestuur?
Naast een VOG geldt voor de raad van toezicht een vergewisplicht. Waarom wordt de VOG verplichtend opgelegd, naast een vergewisplicht? Daar waar de raad van toezicht toegevoegde waarde ziet in een VOG kan zij een VOG vragen van potentiële leden van de raad van bestuur; daar is geen verplichting voor nodig. De leden van de VVD- fractie ontvangen op dit punt graag een reactie van de Minister.
In het kader van het toezicht krijgt de IGZ de aanvullende mogelijkheid om ook op te treden nadat een overtreding van de wet is beëindigd. Hiermee wil de Minister voorkomen dat een aanbieder herhaaldelijk de wet kan overtreden zonder dat de IGZ hiertegen stappen kan ondernemen. Deze toelichting leidt tot enige verwarring. Mag de IGZ pas optreden nadat een aanbieder herhaaldelijk de wet heeft overtreden of mag dat direct na de eerste keer?
Hoe effectief is artikel 2:9 BW in het beschermen van de kwaliteit van bestuur in zorginstellingen en op welke wijze kan dit worden toegepast in de nieuwe Wet goed bestuur in de zorg? Hoeveel civielrechtelijke bestuursverboden zijn er de afgelopen 2 jaar in de zorg opgelegd?

De leden van de **PvdA-fractie** constateren dat het huidige governance systeem bouwt op verschillende bronnen van wet- en regelgeving. Zij zouden graag een volledig overzicht ontvangen van alle normen waaruit het huidige governance regime bestaat en per norm de instrumenten ter handhaving daarvan. Genoemde leden stellen dat inzicht in de omvang en

verscheidenheid van dit governanceregime noodzakelijk is voor een eerlijke beoordeling van het wetsvoorstel goed bestuur in de zorg. Tevens maakt het bieden van een volledig inzicht in de verschillende normen en de handhaving daarvan het voor zorgaanbieders mogelijk om na te gaan of zij aan alle normen voldoen en welke sanctie zij kunnen verwachten op het moment dat zij dit niet doen.

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat governance recht moet doen aan een grote verscheidenheid van zorgaanbieders. Zij begrijpen dan ook de in de brief uiteengezette keuze voor een generieke resultaatsnorm en de inzet om een sector brede cultuurverandering te bewerkstelligen. Zij merken op dat de cultuurverandering zoals deze momenteel in de brief wordt verwoord, niet van veel ambitie getuigd. Genoemde leden stellen dat «het streven naar aanwezigheid van een bestuurscultuur die erop gericht is dat bestuurders en toezichthouders weten wat er in de instelling speelt en hierover transparant zijn naar de buitenwereld», een conditio sine qua non is voor goed bestuur. Zij verwachten een grotere ambitie dan momenteel verwoord. Hoe gaat de Minister deze cultuurverandering bewerkstelligen? Ten aanzien van de generieke resultaatsnorm stellen zij dat iedere norm vatbaar moet zijn voor handhaving. Hoe ziet de Minister de handhaving daarvan voor zich?

De leden van de PvdA-fractie zien rondom de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de raad van toezicht en de raad van bestuur een hoge mate van vrijblijvendheid. De veronderstellingen die hieromtrent in deze brief naar voren komen geven deze leden niet het idee deze verantwoordelijkheidsverdeling ook aansprakelijkheid omvat. Zij stellen dat een toezichtstructuur niet alleen in termen van aanspreekbaarheid, afrekenbaarheid en verantwoordelijkheid moet worden vormgegeven, maar ook aansprakelijkheid moet omvatten. Genoemde leden vragen dan ook hoe deze aansprakelijkheid wordt vormgegeven en hoe bestuurders de gevolgen ondervinden van toerekenbare nalatigheid, grove fouten of anderszins hen toerekenbaar falend bestuur.

De leden van de PvdA-fractie zijn verheugd dat de Minister opmerkt dat naast de raad van bestuur en de raad van toezicht ook een belangrijke rol is weggelegd voor andere belanghebbenden zoals patiënten/cliënten en zorgverleners. Deze leden onderschrijven het belang van goed en open contact tussen bestuurders, werkvloer en patiënt/cliënt. Zij zijn dan ook blij met de aanvullende verplichtingen rondom de medezeggenschapspositie van de patiënt. Zij merken echter op dat de genoemde versterkingen vrij instrumenteel van aard zijn en daarmee niet de culturele barrières doorbreken die tussen zorgbestuurders en patiënten vaak bestaan. Hoe wil de Minister bewerkstelligen dat patiënten niet alleen formeel een goede medezeggenschapspositie hebben maar ook daadwerkelijk serieus genomen worden en gezien worden als een reële tegenmacht?

De leden van de PvdA-fractie merken op dat er in de brief drie concrete voorbeelden gegeven worden van veldcodes. Zij begrijpen de ontwikkeling van deze codes en hun doel, maar merken op dat er gewaakt moet worden voor een eventuele wildgroei aan codes. Kan de Minister een nader overzicht geven van alle momenteel geldende veldnormen, met daaraan gekoppeld het werkingsgebied van deze norm? Een eenduidige opsomming van alle momenteel geldende codes en hun werkingsgebied maakt het, ook voor zorgbestuurders, zorgverleners en patiënten/cliënten, duidelijk welke veldnormen momenteel gelden. Tevens zouden genoemde leden graag een overzicht krijgen van de sectoren waar een eigen veldnorm wenselijk wordt geacht, maar desalniettemin momenteel nog geen veldnorm van kracht is. Deze leden onderschrijven de stelling dat door het veld ontwikkelde normen een breed draagvlak kennen. Het beginsel «pas toe of leg uit» past daarbij. Wel vragen zij of het voor zorgbestuurders en zorgverleners die onderhevig zijn aan een dergelijke veldnorm, altijd duidelijk is aan wie eventuele non-compliance uitgelegd dient te worden. Afgezien van een rol voor de IGZ als handhavende

instantie, zien deze leden ook voor zich dat het afwijken van de veldnorm ook uitgelegd dient te worden aan de «peergroup» van de betreffende zorgbestuurders. Genoemde leden zouden graag willen weten of een dergelijke horizontale verantwoording aanwezig is in de momenteel geldende veldnormen.
De leden van de PvdA-fractie merken op dat de IGZ toeziet op de invulling van de resultaatsnorm en de aanvullende verplichtingen. Hoewel er wordt opgemerkt dat de IGZ haar kennis op het gebied van governance zal vergroten en haar inspectieteams kan versterken met externe expertise, vragen zij of de inspectie voldoende capaciteit heeft om hier goed op toe te zien. Zij vragen ook welke prioriteit het toezicht op de governance van zorginstellingen in de praktijk zal hebben en wat dit in de praktijk voor gevolg heeft voor de handhaving. Welke waarborgen kan de Minister hieromtrent geven?

De leden van de **SP-fractie** vragen waarom de Minister stelt dat vakbekwaamheid, aanspreekbaarheid, afrekenbaarheid en verantwoordelijkheid slechts beperkt middels regelgeving kan worden afgedwongen. Uiteraard vraagt goed besturen de juiste mentaliteit maar de Minister wekt hiermee de indruk dat regels en wetten niet nodig zijn om goed bestuur waar nodig af te dwingen. Bovendien ontkent de Minister hiermee dat regels en wetten ook een mentaliteitsverandering kunnen afdwingen. Kent de Minister de twee interpretaties van moraliteit? Er zijn vele zaken waarbij moreel gevoel leidt tot het handelingen waarbij we een andere niet schaden, denk aan het opstaan voor een oudere in het openbaar vervoer, of het niet vergokken van iemands anders (spaar)geld. Hierbij gaat het om ongeschreven regels, een gevoel. Er zijn ook mensen die handelen volgens de moraliteit in het recht: alles waar een verbod op rust, dat doe je niet. Dus als nergens staat dat je op moet staan voor ouderen in het openbaar vervoer, dan doet men dat niet. Of als nergens is verboden dat je andermans (spaar)geld vergokt, dan kun je dat risico dus gerust wel nemen. Denkt de Minister dat de bestuurders in de zorg behoren tot de eerste groep mensen qua hanteren van moraliteit, of tot de tweede groep. Zou het niet, in het kader van het zekere voor het onzekere nemen, goed zijn om te omschrijven wat een bestuurder in de zorg vermag en niet vermag? De leden van de SP-fractie vinden dat beter dan het over te laten aan een moreel appel. Immers zijn het de bestuurders van de Nederlandse zorg die vinden dat hen onrecht wordt aangedaan door inkomens te beperken tot een maximum en waren zij niet bereid zich te matigen tot dat dit via wetgeving is afgedwongen. Overigens is nu te zien dat ze via nieuwe constructies toch naar wegen zoeken om de beloningswet te omzeilen. Kortom, welke garantie heeft de Minister dat de (meeste) bestuurders moraliteit uit zichzelf tonen?
De leden van de SP-fractie zijn zeer teleurgesteld over de maatregelen die de Minister wil nemen om disfunctionerende bestuurders aan te pakken. Zij zijn van mening dat de Minister blijft hangen in algemeenheden zoals het voorstel om zorgaanbieder te verplichten om de bestuursstructuur zo in te richten dat deze in staat is goede zorg te verlenen. Het is enkel een tikje op de vingers die aan bestuurders wordt gegeven. Wanneer de Minister in de brief stelt, dat gedetailleerde regels het risico met zich mee kunnen brengen, dat bestuurders onvoldoende eigen verantwoordelijkheid nemen, vragen de leden van de SP-fractie waarom de Minister bestuurders niet persoonlijk aansprakelijk stelt. Genoemde leden menen dat juist daarmee de verantwoordelijkheid die bestuurders dragen tot uitdrukking komt, namelijk door de consequenties voor verkeerd bestuur. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een toelichting op dit punt. Voorts willen de leden van de SP-fractie weten waarom één persoon van de raad van bestuur verantwoordelijk gemaakt dient te worden voor de kwaliteit van zorg. Deze leden wijzen erop dat kwaliteit van zorg alle bestuurders in de raad van toezicht en in de raad van bestuur dient aan te

gaan. Vindt de Minister dit niet erg vrijblijvend? Genoemde leden willen weten in hoeverre de raad van bestuur en de raad van toezicht, patiënten personeel en andere belanghebbenden betrekt bij grote besluiten, zoals een fusie. Is de Minister van mening dat bij alle grote besluiten patiënten en personeel te allen tijde betrokken dienen te zijn? Zo ja, gaat zij dit ook regelen? Zo nee, waarom niet? Voorts willen zij weten waarom bestuurders enkel een VOG dienen te hebben, zodra zij in de raad van bestuur toetreden. Vindt de Minister het niet wenselijk dat alle bestuurders een VOG dienen te hebben, gezien het contact dat zij horen te hebben met patiënten en personeel? Waarom wordt voor bestuurders een uitzondering gemaakt, terwijl zorgverleners wel altijd een VOG dienen te hebben, kan dat worden toegelicht?
De leden van de SP-fractie missen maatregelen die ervoor zorgen dat bestuurders aan de slag gaan samen met patiënten en zorgverleners. Een goede bestuurder is op de werkvloer te vinden. De laatste jaren is er een grote kloof ontstaan tussen enerzijds de werkvloer en anderzijds de bestuurders en de managers. Deelt de Minister de mening dat er sprake is van een kloof en hoe wil de Minister deze kloof dichten?
De leden van de SP-fractie zijn met hoogleraar Klein eens dat de veiligheid van patiënten geborgd moet worden als er sprake is van calamiteiten. Zij begrijpen niet waarom de zorgaanbieder eerst zelf moet aantonen dat de zorg gewaarborgd is, alvorens de IGZ in beeld komt. Vindt de Minister dat situaties zoals bij NOVO, waarbij de veiligheid van bewoners een jaar lang onder de maat waren door falend Inspectietoezicht, wenselijk? Zo ja, waarom? Zo nee, kan de Minister hier uitgebreid op antwoorden?

De leden van de **PVV-fractie** vragen de Minister op welke wijze vergemakkelijkt het aanwijzen van een bestuurslid als verantwoordelijk voor kwaliteit, het aansprakelijk stellen van deze bestuurder als de kwaliteit niet op orde is. Kan deze bestuurder hoofdelijk aansprakelijk gesteld worden en beboet worden voor het leveren van slechte zorg? Zo ja, hoe en door wie? Per welke datum is de Minister van plan dit mogelijk te maken? Deze leden willen hier graag een nadere toelichting op.
De leden van de PVV-fractie zijn bijzonder teleurgesteld dat de Minister geen bestuurderstoets gaat invoeren voor de zorgsector. Deze leden willen de aangenomen motie Gerbrands, Kamerstuk 31 016, nr. 30, daarom nogmaals onder de aandacht brengen. De accreditering van de Vereniging van bestuurders in de zorg (NVZD) is een wassen neus. Accreditatie door een vereniging, die eerder nog de maximering van het inkomen van bestuurders weigerde te accepteren en dit in strijd noemde met het Europees Verdrag voor de rechten van de Mens, kan bij de leden van de PVV-fractie geen vertrouwen wekken. Deze leden willen de Minister vragen naar de DNB-toets te kijken, deze als voorbeeld te nemen voor een bestuurderstoets in de zorg en op te nemen in het wetsvoorstel goed bestuur in de zorg.
Het overhandigen van een VOG verklaring bij toetreding tot de raad van bestuur vinden de leden van de PVV-fractie onvoldoende waarborg, het zegt niets over het functioneren in het verleden. Een VOG kijkt alleen naar strafrechtelijke veroordelingen en schiet echt tekort als waarborg voor goed bestuur. Genoemde leden hebben gepleit voor een openbaar register met de namen van wanbestuurders om te voorkomen dat deze na hun wanprestaties elders in de zorg aan de slag kunnen. Heeft de Minister dit overwogen?
De leden van de PVV-fractie verbazen zich over de conclusie van de Minister dat het overgrote merendeel van de zorginstellingen de zorgbrede governancecode naleeft. Als dat zo is hoe kan het dan tot 2 maal toe in 1 jaar tijd gebeuren dat een lid van de raad van toezicht toetreedt tot de raad van bestuur? Deze leden zien hierin het bewijs dat de code niet werkt en overtredingen zonder gevolgen blijven. Hoe wordt het

onafhankelijk functioneren van bestuurders en toezichthouders in het wetsvoorstel gewaarborgd?

De leden van de PVV-fractie stellen dat de beoogde wettelijke resultaatsnorm te vrijblijvend is. De zorgaanbieder moet niet «in staat zijn tot het verlenen van goede en veilige zorg», de zorgaanbieder moet simpelweg goede en veilige zorg verlenen. Kan de Minister toezeggen dat de beoogde resultaatsnorm aangescherpt zal worden?

Is eens per jaar overleg tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht niet veel te weinig? Is overwogen om dit meerdere malen per jaar te laten zijn? Zo ja, waarom is daar niet voor gekozen? Zo nee, waarom is dat niet overwogen?

Het is de leden van de PVV-fractie een doorn in het oog wanneer bestuurders zich ophouden in megalomane kantoorpanden, ver weg van de werkvloer. Gaat de Minister hier een einde aan maken? Zo nee, wat heeft de Minister dan voor ogen met de bereikbaarheid en aanspreekbaarheid van bestuurders verbeteren?

De leden zijn van mening dat er één hoofdverpleegkundige aan het hoofd van een AWBZ-instelling zou moeten staan en dat de raad van toezicht kan bestaan uit één gepensioneerde die zijn/haar hele leven in de zorg heeft gewerkt. Mensen met kennis van zaken en gevoel van wat er op de werkvloer speelt. Zijn dat niet de kwalificaties waaraan bestuurders moeten voldoen?

In het verleden is gebleken dat medewerkers een zwijgplicht opgelegd kunnen krijgen, of dat het bestuur een heksenjacht ontketent wanneer medewerkers (noodgedwongen) de media opzoeken. Wat de PVV-fractie betreft worden dergelijke bestuurders hard aangepakt. Deelt de Minister deze mening? Zo ja, hoe gaan zij zorgen dat dergelijke wanpraktijken tot het verleden behoren?

Genoemde leden zien niet dat de bestuurders aangepakt worden wanneer de zorginstelling pikt van cliënten. Hoe vaak kwam het teruggestorte geld uit het budget van de instelling en hoe vaak kwam het geld uit de portemonnee van bestuurders zelf?

Dat de medezeggenschapsstructuur flink wat te wensen over laat onderschrijven de leden van de PVV-fractie. Een zorginstelling die bepaalt dat bewoners 200 euro per maand moeten betalen voor het laten doen van de was, zonder de cliëntenraad daarbij te betrekken. Of het bestuur die een spion in de cliëntenraad had zitten en zo alles wat besproken werd te weten kwam. Wanneer gaat de Minister een einde maken aan dit soort wanpraktijken?

De leden van de PVV-fractie missen tot slot, een visie op de verhouding van het bestuur en de medisch specialist, de maatschappen en de regiomaatschappen. Kunnen deze leden hier nog een reactie op krijgen.

Na het formuleren van de wettelijke resultaatsnorm wordt een aantal aanvullingen gegeven, zo constateren de leden van de **CDA-fractie.** Deze aanvullingen komen ook grotendeels overeen met de eisen in de governancecode. Is de Minister van plan de zorgbrede governancecode voor alle zorginstellingen wettelijk te verankeren? De leden van de CDA-fractie willen graag een nadere toelichting waarom voor de aanvullingen wordt gekozen? Waarin gaan deze aanvullingen verder dan de governancecode die als veldnorm wordt erkend? Welke problemen worden hiermee opgelost?

In de brief wordt aangekondigd dat in de regelgeving een wettelijke resultaatsnorm zal worden gesteld. Zijn er reeds ervaringen opgedaan met een wettelijke resultaatsnorm (voor goed bestuur en toezicht)? Hoe kan door de IGZ worden beoordeeld of een zorginstelling zich al dan niet aan de norm houdt? Indien de zorginstelling zich niet houdt aan de resultaatsnormen, wat zijn dan de gevolgen, op pagina 6 wordt alleen gesproken over de gevolgen van het niet voldoen aan de verplichtingen?

De raad van bestuur wijst één van zijn leden specifiek aan als verantwoordelijk voor de kwaliteit (en daarmee veiligheid) van de zorgverlening zodat er een duidelijk aanspreekpunt is bij een zorgaanbieder wanneer de kwaliteit niet op orde is. Levert dit niet het gevaar op dat kwaliteit teveel de verantwoordelijkheid van één persoon wordt en de rest van de organisatie het gevoel heeft zich niet met kwaliteit te hoeven bezig houden? De leden van de CDA-fractie
vragen de Minister of zij ook alternatieven overwogen heeft en zo ja welke dat waren.

Deze leden leggen de suggestie aan de Minister voor, dat er een eis moet komen dat de raad van bestuur of raad van toezicht jaarlijks rapporteert over de voortgang op het gebied van kwaliteit en dus haar bevindingen publiceert over de verbetermaatregelen.

De raad van bestuur betrekt de raad van toezicht bij besluiten die een grote impact op de zorgaanbieder hebben. De leden van de CDA-fractie willen meer duidelijk of de Minister nog steeds denkt aan de besluiten die genoemd zijn in artikel 40, eerste lid, onder e van de Wet cliëntenrechten zorg. Of is de Minister voornemens andere besluiten te benoemen? Betekent «betrekken» dat de raad van toezicht goedkeuring aan deze besluiten dient te geven?

De Minister legt de plicht op dat de leden van de raad van bestuur een verklaring omtrent gedrag moeten overhandigen en dat de leden van de raad van toezicht een vergewisplicht hebben ten aanzien van de kwaliteit van de aan te stellen leden van de raad van bestuur en raad van toezicht. Dit betreft een betrouwbaarheidstoetsing. Waarom kiest de Minister er niet voor om net als in de bankensector ook een geschiktheidstoetsing te verplichten?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister van plan is in de wet vast te leggen dat de raad van toezicht er op moet toezien dat het bestuur zijn verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg en voor een ordelijke en controleerbare administratie waarmaakt. Of vloeit dit volgens de Minister voort uit de algemene toezichtstaak van de raad van toezicht? Zijn de regels in de zorgbrede governancecode in dit kader niet voldoende?

Is de Minister van plan in de wet vast te leggen dat de raad van toezicht zich ervan verzekert dat het bestuur voldoende zicht heeft op de financiële risico's? Of vloeit dit volgens de Minister voort uit de algemene toezichtstaak van de raad van toezicht? Zijn de regels in de zorgbrede governancecode in dit kader niet voldoende?

In de brief staat dat de raad van bestuur ervoor zorg draagt dat de raad van toezicht geen belemmeringen heeft in haar informatievergaring. De leden van de CDA-fractie willen meer duidelijkheid aan welke belemmeringen de Minister denkt. Betekent dit ook dat in de wet wordt vastgelegd dat de raad van bestuur de plicht krijgt om de raad van toezicht van alle noodzakelijke informatie te voorzien?

De Minister benadrukt dat aangezien normen uit de zorgbrede governancecode door het veld zelf zijn ontwikkeld, ze een groot draagvlak hebben. De veldnormen kennen een «pas toe of leg uit»-beginsel. De meeste zorgaanbieders passen de zorgbrede governancecode volledig toe. Hoe groot is de deelnamegraad van de governancecode bij zorginstellingen? Wat gebeurt er als een deelnemer zich niet aan de governancecode houdt? Zijn er sancties door middel van toezicht? De positie van de Raad van toezicht wordt wel in de zorgbrede governancecode, maar niet in formele wetgeving omschreven. De commissie Halsema heeft gepleit voor een formele regeling van hun positie in het rechtspersonenrecht. De leden van de CDA-fractie willen graag de opvatting van de Minister hierover horen.

De beleidsbrief laat het wetsvoorstel winstuitkering in de zorg onbesproken. Hoe is de Minister van plan om te gaan met de mogelijk tegengestelde belangen van aandeelhouders en die van stakeholders die staan voor een publiek belang?

Bestuurders en toezichthouders in de zorg zijn net als bestuurders en commissarissen in de marktsector aansprakelijk te stellen voor wanbestuur. De ondernemingsrisico's in de zorg nemen met de gereguleerde marktwerking en de robuuste stelselwijzigingen toe. Is de Minister van mening dat zorgbestuurders geacht worden meer risico's te nemen? Hoe verhoudt dit zich tot het aanscherpen van de verantwoordelijkheid van bestuurders? Hoe ziet de Minister het risico dat de verzekeringspremies voor toezichthouders fors zullen toenemen, dat ten laste gaat van het primaire proces?
De leden van de CDA-fractie willen graag weten of de aansprakelijkheidsstelling van de raad van toezicht ertoe kan leiden dat dit een afschrikwekkend effect heeft op potentiële leden. Het kan steeds moeilijker worden om mensen te vinden die bereid zijn lid te worden van een raad van toezicht. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan?
De IGZ krijgt de aanvullende mogelijkheid om ook op te treden nadat een overtreding van de wet is beëindigd. Met welke waarborgen wordt deze bevoegdheid omgeven? Heeft de IGZ voldoende capaciteit om nog een taak uit te voeren? Over welke vertrouwelijke gegevens van zorgaanbieders mag de IGZ beschikken?
De raad van toezicht heeft toezichtstaken, maar juist ook de IGZ houdt zich met toezicht bezig. De leden van de CDA-fractie vragen hoe het toezicht van de IGZ zich verhoudt tot het uitoefenen van het toezicht door de raad van toezicht.
De term «zorgaanbieder» wordt in de brief heel algemeen beschreven. Kunnen deze leden ervan uitgaan dat de resultaatsnorm en aanvullingen gelden voor alle rechtsvormen? Zo ja, wil de Minister een uitputtende vorm van de rechtsvormen bijvoegen?
Het kabinet stelt een gemeenschappelijk normenkader op voor goed financieel beheer en financieel toezicht (miljoenennota 2014, paragraaf 4.7). De leden van de CDA-fractie verzoeken de Minister of en hoe dit in het wetsvoorstel verwerkt wordt. Deze leden zijn ook benieuwd naar de opvatting van de Minister of de controle op de governance van zorgverzekeraars voldoende sterk is en of niet een aanscherping van goed bestuur bij zorgverzekeraars ook noodzakelijk is.

De leden van de **D66-fractie** kunnen uit de voorliggende brief niet precies herleiden op welke wijze de zorg als sector precies wordt afgebakend. Kan de Minister hier een nadere toelichting op geven? Valt de jeugdzorg hier ook onder?
De leden van de D66-fractie constateren dat volgens de Minister een onderscheidend kenmerk van de zorgsector is dat patiënten en cliënten niet altijd in staat zijn de kwaliteit goed te beoordelen. Deze leden vragen of de Minister dit als een structureel of incidenteel kenmerk beschouwt. Deze leden zijn van mening dat dit incidenteel zou moeten zijn en vragen de Minister hoe het er voor gaat zorgen dat patiënten en cliënten in staat worden gesteld de kwaliteit goed te beoordelen.
De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister voornemens is om met een wettelijke resultaatnorm te gaan werken. Deze leden vragen in hoeverre deze norm meetbaar is en vragen Minister dat toe te lichten. Zij vragen daarbij aan te geven hoe aanbieders het resultaat gaan vast stellen. Deze leden vragen of daarbij gedacht wordt aan zelfevaluatie. Wanneer, hoe en aan wie moeten zij hierover verantwoording afleggen? Denkt de Minister daarbij in ieder geval aan de Ondernemingsraad en de cliëntenraad?
De leden van de D66-fractie stellen voorts vast dat de algemene resultaatnorm op een aantal punten zal worden aangevuld met extra verplichtingen. Een van die aanvullende verplichtingen behelst het aanwijzen van een lid van de raad van bestuur die specifiek verantwoordelijk wordt voor de kwaliteit van de zorgverlening. Deze leden vragen of diegene ook verantwoordelijk wordt op het toezicht op de intercollegiale toetsing. Wil

de Minister intercollegiale toetsing en het melden van de resultaten daarvan aan de raad van bestuur verplicht stellen? Deze leden vragen hierbij ook hoe de Minister denkt dat een diversiteit in de raad van bestuur aangaande geslacht, etnische achtergrond en leeftijd dient te worden gestimuleerd.
De leden van de D66-fractie stellen vast dat de raad van toezicht een vergewisplicht krijgt ten aanzien van de kwaliteit en geschiktheid van de aan te stellen leden van de raad van bestuur en raad van toezicht. Deze leden vragen de Minister wat in dit geval verstaat onder kwaliteit en geschiktheid.
De leden van de D66-fractie hebben met instemming kennisgenomen van het voornemen om bij taakverwaarlozing door toezichthouders een cliëntenvertegenwoordiging bij de Ondernemingskamer kan verzoeken de toezichthouders te ontslaan. Deze leden vragen of deze mogelijkheid ook is overwogen inzake de raad van bestuur.
De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister aan de raad van toezicht de verplichting wil stellen dat die een diverse samenstelling behoort te hebben. Deze leden vragen wat zij hier precies onder verstaan. Welke capaciteiten en kenmerken dienen er binnen de raad van toezicht volgens de Minister minimaal aanwezig te zijn?
De leden van de D66-fractie constateren dat er op dit moment al verschillende veldnormen zijn, zoals de zorgbrede governancecode, de best practices uit de toolkit toezicht zorg van de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in de Zorg en het accreditatietraject voor bestuurders in de zorg dat is geïnitieerd door de Vereniging van bestuurders in de zorg. Deze leden vernemen graag hoeveel zorgaanbieders hier al gebruik van maken? Hoeveel zorgaanbieders houden zich (gedeeltelijk) afzijdig van deze veldnormen en hoe stimuleert de Minister deze aanbieders zich hier alsnog aan te committeren? Deze leden vernemen ook graag welke ontwikkeling de zorgbrede governancecode de laatste jaren heeft doorgemaakt. Welke aanpassingen aan nieuwe inzichten en ontwikkelingen hebben er plaatsgevonden?
De leden van de D66-fractie constateren dat de IGZ toezicht gaat houden op de invulling van de nieuwe resultaatsnorm. Hoeveel inspecteurs zullen zich hier specifiek mee gaan bezighouden? Genoemde leden zijn blij dat de IGZ de aanvullende mogelijkheid zal krijgen om ook op te treden, nadat een overtreding van de wet is beëindigd. Is de Minister voornemens hier een termijn aan te koppelen? Deze leden stellen vast dat om de grotere rol op het gebied van governance in te vullen de IGZ haar kennis op dit terrein zal vergroten. Deze leden vernemen graag hoe de IGZ dat zal doen, betekent dit het binnenhalen van nieuwe expertise of het bijscholen van de huidige medewerkers?
De leden van de D66-fractie stellen met tevredenheid vast dat de Minister afziet van een bestuurderstoets voor de zorg. Zij achten dit een overbodige maatregel vanwege de bestaande instrumenten, zeker met de introductie van vergewisplicht voor toezichthouders.

3. Medezeggenschap op maat

De Minister geeft aan dat zij wil dat de medezeggenschapstructuur zodanig is gewaarborgd dat cliënten invloed kunnen uitoefenen op besluiten van de zorgaanbieder, zo lezen de leden van de **VVD-fractie**. Kan worden aangegeven hoe de grens wordt bepaald, hoe deze waarborg wordt gehandhaafd en door wie, en wie in de besluitvorming de uiteindelijke eindverantwoording draagt?

Voorts willen de leden van de **SP-fractie** weten in hoeverre de medezeggenschap van patiënten en zorgverleners gewaarborgd worden in de plannen van de Minister? Wordt dit weer vrijblijvend en kunnen bestuurders dit zelf beslissen of gaat de Minister hier strikte regels aan

stellen? Wat wil de Minister precies veranderen aan de medezeggenschap en de bevoegdheden van cliëntenraden? Gaat de Minister onderscheid maken tussen bevoegdheden van medezeggenschap tussen de curatieve en langdurige zorg? Is de Minister voornemens om ook de cliëntenraad in de curatieve zorg wettelijk te verankeren? Deze leden verlangen een uitgebreide toelichting op dit punt.
De leden van de SP-fractie zien dat de huidige route om wanbestuur aan te tonen via de Ondernemingskamer weinig wordt gebruikt. Kan de Minister eens op een rij zetten welke procedures er in de afgelopen jaren bij de Ondernemingskamer gediend hebben op het gebied van wanbestuur, wanbeleid en/of fraude in de zorg. Wie spande deze toets bij de Ondernemingskamer aan en wat was de uitspraak? Zou het niet goed zijn als de Minister zich als belanghebbende ook zou wenden richting de Ondernemingskamer als er sprake is van vermoede van wanbestuur, wanbeleid en/of fraude. Is de Minister immers niet, namens de premiebetalers, sowieso een belanghebbende partij? Kan de Minister hierop uitgebreid op in gaan?

De medezeggenschap van cliënten en patiënten is geregeld in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen van 1996, aldus de leden van de **CDA-fractie**. De laatste evaluatie van de wet is uit 2000. Inmiddels is het zorglandschap indringend gewijzigd. De leden van de CDA-fractie missen bij het voorgestelde beleid een analyse over het functioneren van de medezeggenschap in het huidige wetgevende kader. Deze leden willen graag meer duidelijkheid waarin en waarom de huidige regels tekortschieten. Waarom wordt bijvoorbeeld het verzwaard adviesrecht van cliëntenraden vervangen door een instemmingsrecht?
Een cliëntenraad krijgt de mogelijkheid om de Ondernemingskamer te verzoeken leden van de raad van toezicht te ontslaan. Voor de cliëntenraad bestaat al de laagdrempelige mogelijkheid om een klacht over een (al dan niet) tekortschietende toezichthouder in te dienen bij de Governancecommissie. De leden van de CDA-fractie willen graag weten waarom voor dit verdergaande instrument is gekozen bovenop de laagdrempelige mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de Governancecommissie.
De cliëntenraad krijgt een zware taak erbij met de mogelijkheid om de Ondernemingskamer te verzoeken om de leden van de raad van toezicht te ontslaan. Welke eisen worden er aan de kwaliteit van de cliëntenraad gesteld?
Voor de AWBZ-zorg wordt voorzien in enkele aanvullende verplichtingen, zoals versterking van de medezeggenschapsrechten ten aanzien van het huisvestingsbeleid. Klopt het dat laatstgenoemd medezeggenschapsrecht alleen betrekking heeft op locaties die bestemd zijn voor het verlenen van zorg aan cliënten?

De leden van de **D66-fractie** hechten veel waarde aan een goede en uitgebreide verantwoording van de bestuurders en toezichthouders aan de vertegenwoordigers van patiënten en cliënten. Zeker in de zorg is die verantwoording extra belangrijk, omdat beslissingen directe gevolgen kunnen hebben voor het dagelijks leven van de cliënt. De leden van de D66-fractie delen dan ook het uitgangspunt van de Minister dat de bestuurs- en toezichtsstructuur moet leiden tot goede inspraakmogelijkheden voor cliënten en tot een vertaling van hun belangen in het beleid van de zorgaanbieder. De leden van de D66-fractie beschouwen een gedegen medezeggenschap als de sleutel naar een betere governance. Een sterke tegenmacht van cliënten, biedt extra waarborgen om fouten van bestuurders te voorkomen. Genoemde leden willen de interne kennis daarom zo goed mogelijk een positie geven. Zij staan daarom voor een verbetering van de huidige medezeggenschapsregeling.

De leden van de D66-fractie nemen er kennis van dat de Minister beoogt om de medezeggenschap in de curatieve zorg anders te regelen, omdat patiënten kort gebruik zouden maken van zorg. Deze leden vragen om een toelichting op het besluit om in de curatieve zorg de cliëntenraad met zijn huidige bevoegdheden (adviesrecht en verzwaard adviesrecht) niet meer te verplichten? Wat zijn hiervoor de achterliggende redenen?
De leden van de D66-fractie vragen de Minister in dit verband voorts te bevestigen dat het voornemen om voor de AWBZ-zorg aanvullende regels te stellen en aan te sluiten bij de regeling voor medezeggenschap die was opgenomen in het oorspronkelijke wetsvoorstel cliëntenrecht zorg, impliceert dat in de langdurige zorg wel sprake blijft van een wettelijke verankering van cliëntenraden.
De leden van de D66-fractie nemen er kennis van dat de Minister zorgaanbieders de aanvullende verplichting oplegt om er zorg voor te dragen dat de noodzakelijke informatie om inspraak uit te oefenen tijdig en toegankelijk beschikbaar is. Deze leden vragen de Minister dit nader te duiden. Wat verstaat de Minister precies onder tijdig en toegankelijk? Is Minister voornemens hier concrete termijnen aan te hangen en een verplichting tot digitale ontsluiting op te nemen?
De leden van de D66-fractie constateren ook dat de zorgaanbieder straks voldoende middelen beschikbaar moet stellen om de medezeggenschap te ondersteunen. Deze leden horen graag of dit betekent dat een vast percentage van de begroting hiervoor zal moeten worden gereserveerd. Hoe gaat de Minister concreet invulling geven aan deze aanvullende verplichting, met name als het aankomt om de kennisversterking binnen de medezeggenschap?
De leden van de D66-fractie nemen met instemming kennis van het voornemen om voor de cliëntenvertegenwoordiging het recht van enquête op te nemen.

4. Verscherpen toelating zorgaanbieders

De Minister beschrijft maatregelen ter aanscherping van de toelating van zorgaanbieders. Hierbij geeft zij ook aan dat zorgverzekeraars een belangrijke verantwoordelijkheid hebben. De leden van de **VVD-fractie** delen deze insteek. Echter, hierbij wordt alleen ingegaan op de gevallen waarin er contracten gesloten zijn tussen aanbieders en verzekeraars. Kan de Minister ook ingaan op de gevallen waarin de aanbieder niet gecontracteerd is door de verzekeraar? Hoe is dan de relatie tot het beboeten van zorgverleners? Op basis van welke criteria wordt kwaliteit beoordeeld? Is er onderscheid bij de toelating tussen de beoordeling van basiscriteria en aanvullende kwaliteitscriteria?

De leden van de **PvdA-fractie** merken op dat het betrekken van verzekeraars bij de controle van de «checks en balances» logisch voort lijkt te vloeien uit hun rol binnen dit stelsel. Zij merken voorts op dat er wel gewaakt moet worden voor een stapeling van toezichtsorganen. Het staat buiten kijf dat het bestuur van een zorginstelling goed geregeld dient te zijn, dat zorgaanbieders hierop gecontroleerd worden en bij misstanden een sanctie opgelegd kunnen krijgen. Dit neemt niet weg dat eventuele sancties in proportie moeten staan tot de overtreding. Ook merken deze leden op dat hierbij rekening gehouden moet worden met de specifieke eigenschappen van zorgaanbieders. Zo dient er vermeden te worden dat kleine zorgaanbieder geconfronteerd worden met extra eisen vanuit de zorgverzekeraars op het moment dat zij reeds voldoen aan alle geldende juridische normen en veldnormen. Genoemde leden merken op dat bij de ontwikkeling van deze vorm van toezicht, niet alleen de verzekeraars, de NZa en de IGZ, maar zeker ook zorgverleners hierbij betrokken dienen te worden. De leden van de PvdA-fractie zijn bezorgd over de positie van kleine zorgaanbieders en zij pleiten er dan ook voor om vooral deze te

betrekken bij dit overleg. Zij zouden verder graag willen weten hoe het opleggen van sancties door zorgverzekeraars zich verhoudt tot de eerder in deze brief uiteengezette visie dat zorgverzekeraars alleen bij zorgverleners zorg in zullen kopen die goede «checks en balances» hebben ontwikkeld voor hun organisatie. Het selectief in kunnen kopen van zorg lijkt in tegenspraak te zijn met het toe kunnen passen van een sanctie. Genoemde leden vragen hoe deze twee uitgangspunten zich tot elkaar verhouden.

De leden van de **SP-fractie** zijn niet tevreden met de manier waarop de Minister de verscherping van de toelating van zorgaanbieders aanpakt. Genoemde leden vinden het risico gestuurde toezicht binnen vier weken na de start van de zorgverlening weinig toevoegen aan de papieren toets zoals die nu plaatsvindt. Zij vragen de Minister waarom zij er niet voor kiest om zorginstellingen pas toe te laten tot de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) nadat de IGZ heeft geconstateerd dat alle voorwaarden aanwezig zijn voor het bieden van goede zorg? Daarnaast vragen deze leden waarom de Minister denkt dat risico gestuurd toezicht aan de hand van een ingevulde vragenlijst afdoende is. Zij vragen of de Minister de vrees deelt dat het voor zorgaanbieders zonder goede bedoelingen wel heel gemakkelijk wordt om onder het toezicht van de IGZ uit te komen. Bovendien stellen zij vast dat voor echt goed toezicht en beoordeling van de kwaliteit een bezoek aan de (toekomstige) werkvloer noodzakelijk is.
De leden van de SP-fractie constateren dat de IGZ op basis van risico gestuurd toezicht binnen vier weken kan controleren bij een zorgaanbieder die net gestart is. Zij willen weten waarop de IGZ risico gebaseerd toezicht bij nieuwe aanbieders toetst.
Tot slot hebben de leden van de SP-fractie vragen over de rol van de zorgverzekeraars. Zij hebben vragen over de controlefunctie van zorgverzekeraars. Uit de maatregelen van de Minister zich in extra bureaucratische materiele controles? Dient de IGZ niet meer taken te krijgen voor goede controle op kwaliteit van zorg? Genoemde leden vragen om een uitgebreide toelichting op dit punt. Voorts vragen zij naar de uitkomsten van de gesprekken tussen de IGZ, de NZa, de zorgverzekeraars en de regering.

De leden van de **CDA-fractie** vinden het goed dat er een verscherping van toelating van zorgaanbieders komt. Malafide zorgaanbieders krijgen nu te makkelijk toegang tot de zorgverlening. Wel hebben deze leden nog enkele vragen over de uitvoeringspraktijk.
De leden van de CDA-fractie vragen of de IGZ voldoende capaciteit heeft om iedere nieuwe zorginstelling binnen vier weken te bezoeken. Hoe houdt de IGZ bovendien rekening met het feit dat zij op dat moment een momentopname zien en dat de zorg nog in een ontwikkelstadium zal verkeren?
In de brief staat dat de Minister het van belang acht dat de verzekeraar zich ook meer dan nu vergewist van de checks and balances binnen een zorgaanbieder. Hoe ziet de Minister deze bemoeienis voor zich? Betekent dit dat de zorgverzekeraar zich kan bemoeien met de interne organisatiestructuur van de zorgaanbieder? Zo ja, waarom vindt de Minister dit wenselijk?

De leden van de **D66-fractie** zijn blij dat de Minister kiest voor een aanscherping van de toelating van nieuwe zorgaanbieders. Deze leden vinden het onwenselijk dat de huidige papieren toets in het kader van de WTZi geen garantie biedt voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze leden achten het goed dat de IGZ straks binnen vier weken na de start van de zorgverlening door een nieuwe zorgaanbieder, een toets gaat uitvoeren op de geleverde kwaliteit en de eisen die daarvoor bestaan zoals de BIG-registratie en de eisen uit de Kwaliteitswet. Deze leden vragen de

Minister hoeveel extra fysieke starttoetsen zij jaarlijks verwacht. Hoe wordt de IGZ uitgerust om deze extra taak uit te voeren?
De leden van de D66-fractie vinden net als de Minister dat het wenselijk is dat de IGZ precies weet waar nieuwe zorgaanbieders zich bevinden. Deze leden zijn daarom blij met de verplichting tot volledige inschrijving in het Handelsregister. Deze leden zetten wel vraagtekens bij de verplichting voor zorgaanbieders om na de inschrijving een vragenlijst in te vullen over onder meer personeelszaken en kwaliteit. Deze leden vragen hoeveel administratieve lasten hiermee gepaard gaan?

5. Wet goed bestuur in de zorg

De leden van de **CDA-fractie** verschillen met de Minister van mening dat de kabinetsreactie op het advies Commissie Behoorlijk Bestuur (commissie Halsema) pas in het wetsvoorstel goed bestuur in de zorg wordt verwerkt. Deze leden zien er meerwaarde in als de Minister al voor het concept-wetsvoorstel aangeeft welke ideeën van de adviescommissie zij wil overnemen. De commissie roept onder meer op tot het herijken van de publieke belangen en een herleving van het gesprek over de maatschappelijke taak. Met de introductie van marktwerking hebben organisaties in het semipublieke domein zich teveel gericht naar de waarden van de markt en zijn zij teveel afgedwaald van hun maatschappelijke opdracht, constateren de leden van de commissie. Hoe kijkt de Minister tegen de opvatting van de commissieleden aan? Hoe verhoudt zich dat tot de opvatting dat zorgorganisaties geen uitvoeringsorganisatie van de overheid zijn, maar private organisaties die werken binnen publieke randvoorwaarden?
Uit het advies van de commissie Halsema blijkt dat het aan de politiek is om dit belang te expliciteren. De leden van de CDA-fractie willen graag weten of de Minister van plan is om in het wetsvoorstel Goed bestuur in de zorg dit publiek belang nader te definiëren voor de zorg? Is de Minister van plan in de wet vast te leggen dat de raad van toezicht zich bij zijn taakuitoefening dient te richten naar dat publieke belang?
De commissie heeft ook uitgesproken opvattingen over «schatkistbankieren». De leden van de CDA-fractie zijn benieuwd hoe de Minister tegenover de opvatting van de commissie staat dat bestuurders en toezichthouders kunnen en moeten besluiten tot «schatkistbankieren»? Hoe kijkt de Minister aan tegen de opvatting van de commissie dat zowel het financiële als het kwaliteitstoezicht meer geïntegreerd en dichter onder de verantwoordelijkheid van de desbetreffende Minister wordt gebracht? Hoe gaat de Minister dit vormgeven?
De commissie Halsema heeft het over financieel toezicht op zorginstellingen. Is de Minister een voorstander van financieel toezicht op zorginstellingen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.
De commissie benadrukt ook het belang van een goede meerjarenbegroting. Maar wat is de meerwaarde van een meerjarenbegroting als een zorgverzekeraar tientallen procenten korting aan zorginstellingen kan opleggen?
De commissie heeft ook een sterke opvatting over het functioneren van de raad van toezicht. Vertegenwoordigt deze, zoals de commissie van mening is, als het ware de samenleving en de rechtstreeks betrokken burger? Of dient de raad van toezicht meer het publiek belang in het achterhoofd te houden bij hun handelen? De leden van de CDA-fractie lezen graag de opvatting van de Minister hierover.
Hieraan gekoppeld stelt de commissie dat te overwegen valt cliëntenraden een sterker voordrachtsrecht te geven voor de raad van toezicht. Wat is de mening van de Minister hierover?

De leden van de **D66-fractie** merken op dat de Minister niet spreekt over goed bestuur in de Jeugdzorg. Deze leden vragen de Minister toe te lichten hoe de voorliggende voornemens zich tot deze sector verhouden en hoe straks met deze sector rekening wordt gehouden bij het nieuwe wetsvoorstel voor goed bestuur in de zorg. Deze leden vragen in aanvulling daarop ook in hoeverre de Minister bij het formuleren van het nieuwe wetsvoorstel kijkt naar de lessen van andere governanceregelingen, zoals bijvoorbeeld die van het onderwijs.

II. Reactie van de Minister

Hierbij bieden wij u de beantwoording aan van het schriftelijk overleg (2013D45925) bij de brief over Goed bestuur in de zorg (Kamerstukken II 2013/14, 32 012, nr. 15), zoals ook toegezegd in het Algemeen Overleg (AO) in uw Kamer met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op 30 oktober jongstleden.
Hieronder treft u de beantwoording aan, waar mogelijk geclusterd aan de hand van de volgende thema's:

1. Aanleiding, toegevoegde waarde en reikwijdte
2. De werking van de zorgbrede governancecode
3. Functioneren, toetsing en aansprakelijkheid van bestuurders
4. Functioneren en rol raad van toezicht
5. Toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg
6. Zorginkoop, kwaliteit en de rol van zorgverzekeraars
7. Financieel normenkader en bedrijfsvoering
8. Medezeggenschap en interne checks and balances
9. Toelating nieuwe zorgaanbieders

Ook de door uw Kamer gestelde vragen over goed bestuur die zijn gesteld tijdens het AO IGZ van 30 oktober 2014, het AO Integriteit en Verwevenheid van 6 november 2014 en het VAO Integriteit en Verwevenheid van 18 december 2014, worden in deze hoofdstukken van een antwoord voorzien.

1. Aanleiding, toegevoegde waarde en reikwijdte

Verschillende fracties hebben de vraag gesteld naar de relatie tussen de voorstellen uit de brief goed bestuur in de zorg en het rapport van de commissie behoorlijk bestuur. Zo gaven de leden van de CDA-fractie aan er meerwaarde in te zien wanneer wij al voor het conceptwetsvoorstel aangeven welke ideeën van de adviescommissie wij willen overnemen. De leden van de CDA-fractie constateren dat de commissie oproept tot het herijken van de publieke belangen en tot herleving van het gesprek over de maatschappelijke taak van semipublieke instellingen. Voorts vragen de leden van de CDA fractie hoe wij tegen de opvatting van de commissieleden aankijken en hoe een en ander zich verhoudt tot de opvatting dat zorgaanbieders geen uitvoeringsorganisatie van de overheid zijn, maar private organisaties die werken binnen publieke randvoorwaarden. Deze leden vragen tevens of wij voornemens zijn om in het Wetsvoorstel Goed bestuur, de publieke belangen in de zorg nader te omschrijven. In aanvulling hierop vragen de leden van de VVD fractie hoe wij denken in te spelen op de weeffouten zoals gesignaleerd door de commissie Behoorlijk Bestuur. De leden van de D'66 fractie vragen in dit verband tot slot om nader toe te lichten hoe de voorliggende inbreng in de brief Goed bestuur in de zorg zich verhoudt tot de conclusies van de commissie Halsema, waarin gesteld wordt dat een professionele governance cultuur in de zorg vooral de verantwoordelijkheid is van zorgaanbieders zelf, terwijl regelgeving een aanjager kan zijn maar niet de ultieme oplossing. De

leden van de PvdA-fractie vragen hoe wij deze cultuurverandering gaan bewerkstelligen.

De commissie Behoorlijk Bestuur, onder leiding van mevrouw Halsema, heeft voor de semipublieke sector de weeffouten, de verantwoordelijkheidsverdeling en de sturingsmechanismen die onbehoorlijk gedrag van bestuurders, toezichthouders en leidinggevenden in de hand werken onderzocht. In reactie op dit rapport heeft het kabinet aangegeven dat er in het verleden inderdaad in sommige gevallen sprake was van een zekere mate van doelvervaging, waardoor instellingen het publieke belang uit het oog verloren. In veel gevallen van slecht bestuur, ook in de zorg, was de organisatie niet in staat tot het organiseren van kritische tegenmacht en correctie. Het kabinet is het met de commissie eens dat drie door de commissie benoemde weeffouten moeten worden geadresseerd, te weten:

1. De publieke belangen zijn onvoldoende duidelijk geformuleerd met als gevolg een onduidelijke taakopdracht.
2. Er is teveel sturing op meetbare en kwantificeerbare indicatoren en te weinig op kwaliteit.
3. Tussen overheid, publieke toezichthouders, intern toezicht, bestuur en professionals moeten verantwoordelijkheden scherper worden gedefinieerd.

De constatering dat het publieke belang onduidelijk beschreven is, is voor de zorg niet zondermeer van toepassing. In de verschillende wetten die van toepassing zijn op de gezondheidszorg zijn deze immers helder omschreven. Zo is in de ZVW, de AWBZ en de daarbij horende lagere regelgeving omschreven welke vormen van zorg verzekerd zijn en dat deze betaalbaar en toegankelijk moeten zijn. Daarnaast zijn zorginstellingen op grond van de KWZ gehouden aan het leveren van verantwoorde zorg gericht op het verbeteren van kwaliteit.
Wel kan er sprake zijn van een spanning tussen de verschillende publieke belangen. Zo kan meer inzet op kwaliteit – bijvoorbeeld een minimum aantal behandelingen – ten koste gaan van de toegankelijkheid (minder locaties, meer reistijd). Dergelijke spanningen zie je ook instellingsniveau. Bij die afweging is er geen goede of slechte uitkomst, wel een goed of slecht proces. In dat kader vinden wij het belangrijk dat er binnen instellingen gesproken wordt over deze spanningen en dat dit leidt tot een zorgvuldige afweging. We gaan de komende periode dan ook in gesprek met het veld over het borgen van dit proces.
Een meerwaarde van het nogmaals opschrijven in een separate wet van deze belangen, is er – dit in reactie op de leden van de CDA fractie – ons inziens niet.

De tweede weeffout die de commissie beschrijft onderschrijven wij. Deze zienswijze is onlangs ook bevestigd door het rapport «Garanties voor de Kwaliteit van Zorg», van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). In dat rapport roept de RVZ op tot een belangrijke vermindering van het aantal van buiten opgelegde kwaliteitsindicatoren. Dit sluit aan bij de opdracht die het Zorginstituut Nederland heeft gekregen bij haar oprichting namelijk het initiatief te nemen in het terugbrengen van overbodige kwaliteitsindicatoren in de zorg.

Wat betreft de verantwoordelijkheidsverdeling en de definiëring ervan tussen overheid, publieke toezichthouders, intern toezicht, bestuur en professionals, herkennen wij ons in de opvatting van de commissie dat goed bestuur vooral ook te maken heeft met bestuurscultuur. Het is helder dat de raad van bestuur van een zorgaanbieder integraal verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg van een instelling. Zorgaanbieders zijn – dit in aansluiting op de leden van het CDA – inderdaad geen uitvoeringsorgani-

saties van de overheid, maar private organisaties. De raad van bestuur legt aan het intern toezichthoudend orgaan verantwoording af over het gevoerde beleid. Dit toezicht op het bestuur is mede gericht op de kwaliteit en veiligheid van zorg en dient het bestuur ook bij de les te houden ten aanzien van de publieke belangen die worden gediend. Zoals de commissie terecht stelt dient een Raad van Toezicht zich te gedragen als goed werkgever van de bestuurder en dient de raad naast het instellingsbelang ook een breder publiek belang in ogenschouw te nemen. Kernelement hierin is dat toezichthouders gesprekken aangaan met stakeholders en ook voor stakeholders aanspreekbaar zijn. Ook de medezeggenschapsorganen hebben hierin een belangrijke taak. Het is aan hen om het cliëntperspectief dan wel medewerkerperspectief voor het voetlicht te brengen.
Een open bestuurscultuur impliceert dat bestuurders open staan voor kritiek en signalen vanuit de organisatie en van de directe omgeving. Keerzijde is dat toezichthouders en medezeggenschapsorganen ook in staat moeten zijn om kritische punten in een gesprek met de bestuurder te benoemen. Met de commissie Behoorlijk Bestuur zijn wij van mening dat een constante reflectie op goed bestuur van groot belang is. Bij het stimuleren van het debat over goed bestuur in het veld, moeten ook de ontwikkelingen rondom bestuursmodellen in de zorg worden meegenomen. Het gaat hierbij zowel om situaties waarbij er sprake zal zijn van winstuitkering en aandeelhouderschap, als om afspraken die gemaakt worden rondom integrale bekostiging van specialisten, waarbij zorgaanbieders contractuele relaties aangaan met bijvoorbeeld (regio-)maatschappen. Wij zijn het met de leden van de D66 fractie eens, dat een structureel debat over de invulling van de gewenste cultuurverandering binnen zorginstellingen belangrijker is dan een discussie over regels en procedures.

In reactie op de vraag van de PvdA-fractie hoe deze omslag in de governance te faciliteren, herhalen wij dat wij inzetten op de vier speerpunten die we in de begeleidende brief hebben benoemd, te weten:
1. Aanscherpen verantwoordelijkheden over en weer van bestuurders en toezichthouders
2. Versterking extern toezicht en aanpak van onbehoorlijk bestuur en wanbeleid
3. Optimaliseren van checks and balances langs de weg van medezeggenschap
4. Stimuleren van (debat over) goed bestuur

De leden van de CDA-fractie willen graag weten welke incidenten specifiek voor ons aanleiding waren om de governancestructuur te verbeteren. Deze leden willen graag weten wat daarbij de achterliggende oorzaken waren: gebreken in de governancestructuur of overige oorzaken. De leden van de SP-fractie vragen welke verandering er zich heeft voorgedaan waardoor wij nu wel bereid zijn om te kijken naar het functioneren van bestuurders in de zorg.

Uit verschillende casus in het verleden blijkt dat wanneer een instelling zijn bestuur niet op orde heeft, dit aanzienlijke risico’s kan hebben voor de kwaliteit en veiligheid. Er zijn hiervan vele voorbeelden, van het Ruwaard van Putten- ziekenhuis tot Zonnehuizen. De oorzaken van de problemen die in de achter ons liggende jaren bij zorgaanbieders voorkwamen, verschillen sterk in aard en komen vaak in wisselende samenstelling voor. Een exacte analyse van oorzaken van problemen bij zorgaanbieders is voor ons niet mogelijk. Veelal gaat het in deze gevallen om (combinaties van) uit de hand gelopen bouwprojecten, onvoldoende grip op interne processen (financieel en kwalitatief), onvoldoende doordachte fusieprocessen en onvoldoende uitgewerkte checks and balances binnen de

organisatie; een combinatie kortom van gebreken in de governance en andere oorzaken. Dat is de les uit deze casus, dit in reactie op de vraag van de leden van de SP-fractie. Ons is duidelijk dat wanneer een zorgaanbieder niet goed wordt bestuurd, dat dit bijdraagt aan problemen met bijvoorbeeld de kwaliteit en de kosten van zorg. Daarnaast is het leveren van goede zorg een belangrijke dienst voor patiënten en cliënten met grote implicaties voor hun dagelijks leven, gaat er veel geld om in instellingen, werken er veel mensen, is de bekostiging erg complex en spelen er veel ethische dilemma's. Dit vraagt om goed bestuur en goede governance. Vandaar onze inzet op dit thema.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de toegevoegde waarde van de aangekondigde aanvullingen op het bestaande governance kader. Zij vragen ook om hierbij expliciet in te gaan op de mate waarin de aangekondigde aanpassingen een extra impuls zullen vormen voor die instellingen die op dit moment onvoldoende presteren. Ook vragen zij in te gaan op de mate waarin de aangekondigde aanvullingen belemmerend kunnen zijn voor die instellingen die op dit moment juist goed presteren op het gebied van governance. De leden van de CDA-fractie stellen in dit verband de vraag of er naast de codes en de rol van de IGZ ook daadwerkelijk een specifieke wet noodzakelijk is. Deze leden krijgen hier graag nog een nadere uitleg over.

Wij zijn het met de leden van de VVD-fractie eens dat het opleggen van regels in aanvulling op het bestaande governance kader door de overheid niet zonder meer gaat leiden tot de noodzakelijke cultuurverandering in het veld. Terughoudendheid is hierbij dan ook geboden. Tegenover de leden van de CDA-fractie merken wij op dat wij op dit moment niet van plan zijn om een wetsvoorstel goed bestuur aan de Tweede Kamer te zenden. Wij hebben de overtuiging dat cultuurverandering eerder tot stand komt als die gedragen wordt door het veld zelf. Wij kiezen dan ook primair deze route. Wel scherpen wij op punten de WTZi en de WMCZ aan.
De zorgsector heeft zelf al invulling gegeven aan de wens tot aanscherping van de normen voor goed bestuur via het opnemen van gedetailleerde bepalingen in de bestaande zorgbrede governancecode, en via het initiëren van specifieke projecten gericht op de professionalisering van bestuurders en toezichthouders, zoals accreditatie. Wij willen deze initiatieven waar mogelijk integreren in de zorgbrede governancecode, zoals in de begeleidende brief is toegelicht.
Wel zien wij mogelijkheden om de effectiviteit van deze door het veld zelf opgelegde normen te verbeteren en minder vrijblijvend te maken. Daarmee geven we een extra impuls aan die instellingen die nu nog onvoldoende presteren en blokkeren we niet de goede initiatieven op dit vlak van goed presterende instellingen. Wij zetten, zoals we in de begeleidende brief al hebben aangegeven, in op vier speerpunten:

1. Aanscherpen verantwoordelijkheden over en weer van bestuurders en toezichthouders.
   Wij bekijken op welke wijze de onderlinge verhouding tussen bestuurders en interne toezichthouders kunnen verbeteren, waarbij raden van toezicht volwaardige gesprekspartners van bestuurders worden. Als onderdeel hiervan kijken wij samen met het veld naar mogelijkheden om de implementatie en naleving van de zorgbrede governancecode te verbreden en versterken. Bij voorkeur door het veld zelf, om de nalevingbereidheid te vergroten.
2. Versterking extern toezicht en aanpak van onbehoorlijk bestuur en wanbeleid
   Binnen deze pijler zetten wij in op verbeteren van de WTZi, op aanscherping van het toezicht op governance en nieuwe toetreders door de IGZ, screening van nieuwe toetreders door verzekeraars en

aanscherping van de regels in het BW voor aansprakelijkheid van interne toezichthouder.

3. Optimaliseren van checks and balances langs de weg van medezeggenschap.
   Wij willen de medezeggenschap in de zorg verbeteren. Belangrijke elementen zijn o.a. de financiering van cliëntvertegenwoordigende organen, het enquêterecht ongeacht de rechtsvorm van de zorgaanbieder, het instemmingsrecht en het toezicht op wettelijke verplichtingen van de zorgaanbieder ten aanzien van medezeggenschap door de IGZ.
4. Stimuleren van (debat over) goed bestuur
   Daarnaast zullen wij (het debat over) goed bestuur in de sector waar mogelijk faciliteren en ondersteunen.

Zoals in de begeleidende brief bij deze beantwoording al is aangegeven, komen wij in de loop van 2015 met een nadere concretisering van deze agenda.

Leden van diverse fracties hebben specifiek vragen gesteld over de open wijze waarop de resultaatsnormen op het gebied van governance en medezeggenschap in de brief over goed bestuur in de zorg zijn geformuleerd. Deze vragen beantwoorden wij hier integraal, gezien het voornemen op dit punt af te wijken van de eerder gedane voorstellen.
De leden van de VVD-fractie vragen of de algemene formulering van de wettelijke resultaatsnormen niet tot ongewenste brede of smalle interpretatie door het veld kunnen leiden. Ook vragen de leden van de fractie of de IGZ adequaat toezicht kan houden op naleving van deze normen. De leden van de VVD-fractie vragen wat de toegevoegde waarde is van het wettelijk vastleggen van deze resultaatsnormen, versus andere alternatieven. De leden van de PvdA fractie vragen daarnaast hoe wij de normen uit denken te gaan werken. De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre de wettelijke resultaatnorm meetbaar is en hoe aanbieders het resultaat gaan vaststellen en of daarbij gedacht wordt aan zelfevaluatie. Voorts vragen de leden hoe en aan wie aanbieders hierover verantwoording afleggen en of daarbij een rol is voor de ondernemingsraad en de cliëntenraad. De leden van de CDA fractie vragen of er al ervaringen zijn opgedaan met een wettelijke resultaatsnorm voor goed bestuur en hoe door de IGZ kan worden beoordeeld of een zorginstelling zich al dan niet aan de norm houdt. Ook vragen deze leden wat de gevolgen zijn van het niet voldoen aan de resultaatsnorm. De leden van de CDA-fractie constateren dat de term «zorgaanbieder» in de brief heel algemeen wordt beschreven. Deze leden vragen of zij ervan uit kunnen gaan dat de resultaatsnorm en aanvullingen gelden voor alle rechtsvormen. Indien dit het geval is, dan vragen deze leden of wij een uitputtende lijst van de verschillende rechtsvormen kunnen bijvoegen.

Zoals hierboven aangegeven, hebben wij in de afgelopen tijd op basis van gesprekken en adviezen, verschillende alternatieven gewogen en zijn wij daarbij tot de conclusie gekomen dat wij afzien van een separaat wetsvoorstel Goed Bestuur, gericht op het functioneren van bestuur en intern toezicht van zorgaanbieders. Wij willen via regelgeving bijsturen wanneer een bepaald aspect van governance niet goed tot zijn recht dreigt te komen, zoals bij de medezeggenschap, maar wij willen vooral de initiatieven die door de sector zelf ontwikkeld zijn en nog worden, de ruimte geven. Wij zijn tot het inzicht gekomen dat het belangrijker is dat het veld zelf komt tot aanscherping en bredere implementatie van veldnormen. Daarom willen wij ook met het veld in gesprek om te kijken hoe de zorgbrede governancecode beter geïmplementeerd en nageleefd kan worden.

Wij hebben ook geconstateerd dat er op basis van bestaande regelgeving al heel veel kan en dat daarbij niet altijd het volle potentieel wordt benut. Zo kan de IGZ op basis van de open norm van verantwoorde zorg en de vertaling daarvan in het handhavingkader al ingrijpen. Dit geldt ook voor situaties waarbij er sprake is van slecht bestuur, aangezien een niet adequate aansturing van de zorginstelling in veel gevallen het leveren van verantwoorde zorg in de weg staat. De mogelijkheden voor bestuurlijke ondertoezichtstelling van zorgaanbieders door externe toezichthouders zoals de IGZ hebben wij in de brief aan uw Kamer van 20 december 2013 uiteengezet.[1] In navolging van het advies van de Landsadvocaat en zoals toegezegd tijdens het AO IGZ op 30 oktober 2014, zal in de loop van 2015 een beleidskader met daarin een nadere uitwerking rondom het gebruik van de aanwijzingsbevoegdheid van de Minister op grond van de Kwaliteitswet (KWZ) worden opgesteld. Dit kader zal aan uw Kamer worden toegezonden.

Zoals ook in de oplegbrief bij deze beantwoording aangegeven zijn wij van plan om op het gebied van medezeggenschap de WMCZ aan te passen. Bij deze wijzigingen hanteren wij wat op het gebied van medezeggenschap de uitgangspunten zoals verwoord in de oplegbrief en doen we nader onderzoek naar de ervaringen met de reikwijdte en de vorm van de medezeggenschap onder de WMCZ. De resultaatsnorm uit de brief waarover u deze vragen hebt gesteld, zal in de wijzigingen van de WMCZ verder gestalte krijgen.
Wij vinden dat de IGZ toezicht moet houden op de wettelijke vereisten (bijvoorbeeld de inspanningsverplichting om te komen tot een cliëntvertegenwoordigend orgaan en de verplichting tot het hebben van een medezeggenschapsregeling), waarmee de resultaatsnorm zal worden ingevuld. Daarnaast zullen ook in de toekomst individuele geschillen over medezeggenschap voorgelegd kunnen worden aan de commissie van vertrouwenslieden of de civiele rechter.

De leden van de PVV-fractie stellen voor om de wettelijke resultaatsnorm «de zorgaanbieder die in staat is tot het verlenen van goede en veilige zorg» te veranderen in «de zorgaanbieder moet goede en veilige zorg verlenen». Dit omdat de voorgestelde wettelijke resultaatsnorm te vrijblijvend is.

De door de leden van de PVV-fractie voorgestane norm bestaat al en is vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) en het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), die de Kwaliteitswet moet vervangen. Dit wetsvoorstel is door uw Kamer aanvaard en ligt ter behandeling voor in de Eerste Kamer.

De leden van de D66-fractie kunnen uit de voorliggende brief niet precies herleiden op welke wijze de zorg als sector precies wordt afgebakend. Zij vragen of wij hier een nadere toelichting op kunnen geven. Zo vragen zij of de jeugdzorg hier ook onder valt en hoe er straks bij het wetsvoorstel voor Goed bestuur in de zorg rekening wordt gehouden met deze sector.

Zoals hierboven aangegeven zien wij mogelijkheden om de bestaande zorgbrede governancecode te versterken. Het betreft met name implementatie en naleving. Bij de behandeling van de Jeugdwet in uw Kamer is gesproken over het stellen van nadere voorwaarden aan het bestuur van jeugdzorginstellingen. Die verantwoordelijkheid is door de wetgever uitdrukkelijk bij de gemeenten gelaten.

---

[1] Kamerstuk 32 012, nr. 17.

De leden van de D66-fractie vragen in aanvulling daarop ook in hoeverre wij bij het formuleren van het nieuwe wetsvoorstel zullen kijken naar de lessen van andere governanceregelingen, bijvoorbeeld die van het onderwijs.

Wij hebben gekeken naar de governanceregelingen in andere sectoren en de relevante ervaringen uit die regelingen meegenomen. Binnen de rijksoverheid wordt op verschillende niveaus samengewerkt en informatie uitgewisseld rondom governance gerelateerde vraagstukken. Het voorstel om te komen tot een minder vrijblijvende governancecode in de zorg is mede gebaseerd op de werking van deze gedragscode bij beursgenoteerde bedrijven (de code Tabaksblat) en de governancecode zoals deze door de woningbouwcorporaties wordt toegepast. In beide sectoren zien we een door de sector zelf georganiseerde onafhankelijke monitoring op de naleving van de governancecode. Wij zien een dergelijke onafhankelijke monitor ook als reële optie voor de zorg als aanvulling op het bestaande toezicht van de IGZ.

De leden van de PvdA fractie hebben kennis genomen van het streven naar een zekere sectoroverstijgende afstemming in de ordening en governance, en willen graag weten hoe de unieke, specifieke context van de zorgsector recht gedaan wordt aan dit voornemen.

Omdat de verhouding wat betreft de verantwoordelijkheid van instellingen en die van de overheid in de zorg anders is dan in andere sectoren, wordt er bij de afstemming over sectoroverstijgende ordening- en governancevraagstukken vooral over de randvoorwaarden die voor alle sectoren relevant zijn gesproken. Het Burgerlijk Wetboek bevat algemene regels ten aanzien van bestuur en toezicht. Per sector kan nadere invulling aan die regels worden gegeven (in de zorg bijvoorbeeld via de WTZi). Gezien het algemene karakter van publieke voorzieningen en diensten, kan het belang van het organiseren van (maatschappelijke) tegenkracht als sectoroverstijgend thema worden gezien, waarbij het uitgangspunt geldt dat de medezeggenschap van gebruikers van diensten goed geregeld moet worden. Hoe dit gebeurt, vereist dan weer een sectorspecifieke invulling. Zaken die echter sectoroverstijgend kunnen en moeten worden geregeld, bijvoorbeeld grondnormen voor de taak en de aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders en de algemene normen waarbij zij zich bij de vervulling van hun taak moeten richten, vinden hun weg in algemene wetgeving.

De leden van de PvdA-fractie constateren dat het huidige governance systeem bouwt op verschillende bronnen van wet- en regelgeving. Zij zouden graag een volledig overzicht ontvangen van alle normen waaruit het huidige governance regime bestaat en per norm de instrumenten ter handhaving daarvan. Genoemde leden stellen dat inzicht in de omvang en verscheidenheid van dit governanceregime noodzakelijk is voor een eerlijke beoordeling van het wetsvoorstel goed bestuur in de zorg. Tevens maakt het bieden van een volledig inzicht in de verschillende normen en de handhaving daarvan het voor zorgaanbieders mogelijk om na te gaan of zij aan alle normen voldoen en welke sanctie zij kunnen verwachten op het moment dat zij dit niet doen.

In onze visie is governance een ruim begrip. Alles wat een zorgaanbieder doet om zijn verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg waar te maken, valt daarmee onder goed bestuur.
Vanuit deze optiek, is in verschillende wetten en regels al het nodige rond governance geregeld.
Onderstaande tabel geeft hiervan een overzicht en geeft ook hoe deze regels worden gehandhaafd.

Wet- en regelgeving	Bepalingen over goed bestuur	Instrumenten ter handhaving
Wet toelating zorginstellingen (WTZi) – Uitvoeringsbesluit WTZi	– Onafhankelijke raad van toezicht t.o.v. raad van bestuur. – Vastleggen verantwoordelijkheidsverdeling raad van toezicht – raad van bestuur. – Ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering. – Enquêterecht cliënten bij stichtingen en verenigingen	– Last onder bestuursdwang – Last onder dwangsom – Inperken of intrekken WTZi-toelating Minister
Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)	– Instellen cliëntenraad met bevoegdheden conform de WMCZ; vastleggen omvang, benoeming, lidmaatschap en zittingsduur. Specifieke adviesrechten cliëntenraad. – Tijdig informeren cliëntenraad. – Mogelijkheid tot geven ongevraagd advies. – Afdoende informatie naar cliëntenraad. – Bindende voordracht cliëntenraad voor één bestuurslid van een zorgaanbieder die de vorm heeft van een: vereniging, coöperatie, onderlinge waarborgmaatschappij, NV, BV en stichting (2:3 BW); in geval van een bezoldigd bestuur, bindende voordracht één lid raad van toezicht. – Jaarlijks verslag over toepassing regels medezeggenschap. – Commissie van vertrouwenslieden bij geschillen. – Aanbieder regelt schriftelijk de materiële middelen waarover de cliëntenraad kan beschikken.	– Privaatrechtelijke handhaving bij commissie van vertrouwenslieden of civiele rechter op initiatief van partijen
Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ)	– Treffen klachtenregeling conform de eisen WKCZ. – Verantwoording over klachten.	– Aanwijzing – Bestuurlijke boete – Last onder dwangsom
Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ)	– Organisatie zorgverlening en verantwoordelijkheidstoedeling leidt tot verantwoorde zorg. – Systematische bewaking, beheersing en verbetering kwaliteit van zorg. – Melding aan IGZ van calamiteiten of seksueel misbruik. – Verantwoording over kwaliteit.	– Bestuurlijke boete – Bevel IGZ – Aanwijzing Minister – Aanwijzing Minister tot opslitsing – Last onder dwangsom – Opsporingsonderzoek/ Aangifte OM –
Wet marktordening gezondheidszorg (WMG)	– Eisen aan administratie – Informatie over producten en diensten niet misleidend. – Melding continuïteit cruciale zorg. – Kwaliteitsinformatie aanleveren voor het Register van ZiNL. – Verplichte fusie- effectrapportage, waaruit moet blijken dat relevante stakeholders zijn betrokken bij besluitvorming over fusies en waaruit moet blijken dat door de zorgaanbieder gemotiveerd op de inbreng is gereageerd.	– Aanwijzing NZa – Last onder bestuursdwang – Last onder dwangsom – Bestuurlijke boete – Goedkeuring voornemen fusie door NZa
Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT)	– Bezoldigingsmaximum voor bestuurders. – Openbaarmaking bezoldiging.	– Last onder dwangsom
Burgerlijk Wetboek/ Wet bestuur en toezicht rechtspersonen 2011	– Maximering aantal toezichthoudende functies dat één persoon mag hebben. – Regeling inzake tegenstrijdig belang. – wettelijke basis voor de «one-tier board». – Wettelijke aansprakelijkheid bij onbehoorlijk bestuur. – Verzoek tot ontslag bestuurder.	

Een belangrijk aspect van goed bestuur betreft horizontale verantwoording en responsiviteit van de organisatie bij (kwaliteits-) problemen. Op dit moment ligt het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) ter behandeling voor in de Eerste Kamer. Met dit wetsvoorstel wordt de regelgeving op het gebied van kwaliteit en geschillen in de zorg gemoderniseerd en verbeterd. Het wetsvoorstel zet de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor goede kwaliteit van zorg voorop, waarbij ook de omgang met (klachten van) cliënten wordt verbeterd. De omgang en bejegening van cliënten is een wezenlijk onderdeel van goed bestuur in de zorg. De Wkkgz draagt op deze wijze wezenlijk bij aan goed bestuur en sluit goed aan op de zorgbrede governancecode.

Voorgestelde Wet- en regelgeving	Bepalingen over goed bestuur	Instrumenten ter handhaving
Wetvoorstel Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz). (Met de inwerkingtreding van deze wet komt de Kwaliteitswet zorginstellingen te vervallen)	– De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor de goede zorg verlening en de organisatie, waarmee hij tot goede zorgverlening komt. – Schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverleners, waaronder medisch specialisten, waarmee de eindverantwoordelijkheid van de zorgaanbieder wordt benadrukt.	– Bestuurlijke boete – Bevel IGZ – Aanwijzing Minister – Aanwijzing Minister tot opsplitsing – Last onder dwangsom – Opsporingsonderzoek/ Aangifte OM –
Wetsvoorstel bestuur en toezicht rechtspersonen (V&J)	– Bestuurders en toezichthouders richten zich op het belang van de organisatie. – Bestuurders en toezichthouders met een tegenstrijdig belang onthouden zich van deelname aan beraadslaging en besluitvorming. – Ook toezichthouders zijn aansprakelijk voor schade als gevolg van onbehoorlijke taakvervulling (gelijkschakeling aansprakelijkheid bestuur en intern toezicht). – Bestuurders en toezichthouders zijn hoofdelijk aansprakelijk voor tekort in de boedel bij faillissement (gelijkschakeling met NV en BV).	–
Civielrechtelijk Bestuursverbod (V&J) (Wijziging van de Faillissementswet)	– Bestuurders die hebben bijgedragen aan faillissement of frauduleus hebben gehandeld krijgen een bestuursverbod – Verbod geldt voor periode van vijf jaar – Bestuursverboden worden opgenomen in een register bij de KvK.	

De leden van de PvdA-fractie vragen naar een overzicht van de veldnormen waaruit het huidige governance regime bestaat en de handhavinginstrumenten ervan, zodat voor zorgbestuurders, zorgverleners en patiënten/cliënten, duidelijk is welke veldnormen momenteel gelden. Deze leden vragen tevens om een overzicht van die sectoren waarvoor een eigen veldnorm wenselijk wordt geacht, maar waarbinnen er momenteel nog geen van kracht is.

De veldnormen die op het gebied van goed bestuur zijn ontwikkeld en op dit moment gelden zijn:

– De Zorgbrede Governancecode 2010 van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ). Voor de brancheorganisaties verenigd in de BoZ geldt de toepassing van de code als lidmaatschapsverplichting. De BoZ is actief in de tweedelijns curatieve zorg (algemene en academische ziekenhuizen), de geestelijke gezondheidszorg, de langdurige zorg (verzorgingstehuizen), de jeugdzorg, de gehandicaptenzorg en in de thuiszorg en maatschappelijke ondersteuning. De zorgbrede governancecode geldt niet voor zorgaanbieders in de eerstelijnszorg (met bestuursstructuur), waaronder bijvoorbeeld huisartsenposten, aanbieders van tandzorg en zelfstandige behandelcentra die verzekerde zorg aanbieden (ZBC's) en klinieken die niet-verzekerde zorg aanbieden. De Vereniging van Huisartsenposten adviseert haar leden overigens wel de zorgbrede governancecode te volgen.
– Tijdens het AO integriteit en verwevenheid van 6 november 2014 heeft uw Kamer gevraagd of bestuurders en toezichthouders hun nevenfuncties (moeten) vermelden in het jaarverslag. Zorginstellingen zijn op basis van Regeling Verslaggeving WTZi verplicht om informatie over nevenfuncties van leden van de raad van bestuur en van de raad van toezicht openbaar te maken. Ook in de Zorgbrede Governancecode is opgenomen dat bestuurders en interne toezichthouders in de zorg hun nevenfuncties in het jaarverslag moeten opnemen. Daarom is deze verplichting opgenomen in het DigiMV van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV).
– De Gedragscode voor de goede bestuurder uit 2007 van de Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg (NVZD). De code is gericht op de wijze van uitoefenen van de functie door de bestuurder zelf. De

code geeft aan wat de leden van de vereniging verstaan onder een goede bestuurder. De gedragscode geldt ook voor de leden van de BoZ.

De leden van de PvdA fractie vragen daarnaast hoe de verschillende veldnormen worden gehandhaafd. Aan de zorgbrede governancecode is op dit moment geen formeel handhavinginstrument verbonden. Op het tekortschieten van de naleving van de zorgbrede governancecode wordt momenteel alleen toegezien als er een concrete klacht wordt ingediend bij de Governancecommissie gezondheidzorg, dat onderdeel uitmaakt van het Scheidsgerecht voor de gezondheidszorg. Daarnaast kunnen de brancheorganisaties verenigd in de BoZ leden die de code niet hanteren schorsen. Voor zover bekend is dat nog nooit gebeurd. Daarnaast betrekt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de code als veldnorm in haar toezicht op goed bestuur en als nadere uitwerking van de wettelijke eisen zoals opgenomen in de WTZi.

De «Gedragscode voor de goede bestuurder» is onderdeel van de model-arbeidsovereenkomst behorend bij de NVZD-modeladviesregeling arbeidsvoorwaarden. Hiermee wordt aangegeven dat de gedragscode niet vrijblijvend is, maar dat de bestuurder de gedragscode respecteert en erop aangesproken kan worden. De code wordt niet gehandhaafd. De naleving wordt dus overgelaten aan de eigen verantwoordelijkheid van de bestuurder.

Wij willen een einde maken aan de vrijblijvendheid van de code door implementatie en naleving via toezicht daarop af te dwingen. De code is voor de IGZ een veldnorm en geldt zo voor de hele sector.

2. De werking van de zorgbrede governancecode

De leden van de D66-fractie constateren dat er op dit moment al verschillende veldnormen zijn, zoals de zorgbrede governancecode, de best practices uit de toolkit toezicht zorg van de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in de Zorg en het accreditatietraject voor bestuurders in de zorg dat is geïnitieerd door de Vereniging van bestuurders in de zorg. Deze leden vernemen graag hoeveel zorgaanbieders hier al gebruik van maken? Ook willen deze leden graag weten hoeveel zorgaanbieders zich (gedeeltelijk) afzijdig van deze veldnormen houden en hoe wij deze aanbieders willen gaan stimuleren zich hier alsnog aan te committeren? De leden van de CDA-fractie vragen eveneens hoe groot de deelnamegraad aan de governancecode bij zorginstellingen is.

Wat betreft de deelnamegraad van de zorgbrede governancecode, stellen de leden van de Branche Organisaties Zorg (BoZ) dat de meeste instellingen in de (tweedelijns)zorg bij hen zijn aangesloten. De vijf leden (NFU, ACTIZ, NVZ, GGZ Nederland en VGN) van de BoZ stellen dat nagenoeg alle van de bij hen aangesloten instellingen de zorgbrede governancecode volgen. Het volgen van de zorgbrede governancecode is dan ook een voorwaarde voor het lidmaatschap.

De bij de BoZ aangesloten lidorganisaties stellen dat slechts een klein aantal zorgaanbieders niet bij hen is aangesloten. Zo zou van alle ziekenhuizen in Nederland alleen het Slotervaartziekenhuis niet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Daarnaast zijn zelfstandige behandelcentra die verzekerde zorg aanbieden, maar ook verschillende grotere zorgaanbieders in de eerstelijnszorg niet aangesloten bij één van de brancheorganisaties die lid zijn van de BoZ. Het gaat hier bijvoorbeeld om huisartsenposten. In het laatste geval wordt

het volgen van de code wel geadviseerd door de betreffende belangenvereniging.

De reikwijdte van de zorgbrede governancecode moet worden verbreed. Ook aanbieders die niet zijn aangesloten bij de BoZ organisaties moeten zich aan de code houden. Dat gebeurt in ieder geval door de code als veldnorm te beschouwen, waarop de IGZ toezicht houdt. Daarnaast zal een onafhankelijke toets de bewustwording dat de code niet vrijblijvend is versterken.

Naast de zorgbrede governancecode wijzen de leden van de D66-fractie op de overige initiatieven rond goed bestuur in de zorg. Het accreditatiesysteem voor bestuurders in de zorg, zoals dat opgezet wordt door de Nederlandse Vereniging van Bestuurders in de Zorg (NVZD) is daar een goed voorbeeld van. Tot op heden hebben ca. 40 bestuurders het accreditatietraject doorlopen. Het systeem wordt momenteel verder ontwikkeld. Hoewel het betrekkelijk nieuwe initiatief op warme belangstelling mag rekenen, zal het accrediteren van alle 800 zorgbestuurders die lid zijn van de NVZD nog wel de nodige inspanning vereisen. Tijdens het AO IGZ op 30 oktober 2014 is aan uw Kamer toegezegd dat in overleg met het veld gewerkt zal worden aan een verankering en versterking van een accreditatiesysteem ter verbetering van de kwaliteit van bestuurders en toezichthouders in de zorg. Wij zullen met het veld nader onderzoeken op welke wijze accreditatie kan worden opgenomen in de zorgbrede governancecode, waarbij er – op termijn – tevens een publiek register van geaccrediteerde bestuurders en interne toezichthouders kan worden opgezet. Het voordeel van opname in de zorgbrede governancecode is dat de IGZ deze veldnormen betrekt bij haar toezicht op goed bestuur en de kwaliteit en veiligheid van zorginstellingen.

Ook de toolkit voor intern toezichthouders van de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) is zo'n initiatief van onderop dat effectief kan zijn in het daadwerkelijk verbeteren van de kwaliteit van het interne toezicht. De NVTZ is bovendien een traject gestart, dat erop gericht is de professionalisering van interne toezichthouders verder te ontwikkelen.

Wij gaan in gesprek met de NVZD en de NVTZ om te bekijken hoe versnelling, een groter bereik en verankering van accreditatie en het register kan plaatsvinden.

De leden van de CDA-fractie vragen of wij van plan zijn de zorgbrede governancecode voor alle zorginstellingen wettelijk te verankeren. Deze leden ontvangen graag een nadere toelichting waarom voor de aanvullingen wordt gekozen, waar deze aanvullingen verder gaan dan de governancecode, die als veldnorm wordt erkend. Zij vragen welke problemen hiermee worden opgelost.

Zoals hierboven aangegeven hebben wij besloten af te zien van een separaat wetsvoorstel Goed Bestuur, maar zetten wij in op beperkte wettelijke maatregelen, zoals het aanpassen van de WTZi en de WMCZ. Verder willen wij zelfregulering door het veld op het gebied van bestuur en intern toezicht versterken en borgen. Wij zien de meerwaarde van de zorgbrede governancecode en hechten aan een brede implementatie en naleving van die code. De IGZ hanteert de governancecode van de BoZ als een algemeen maatschappelijk, breed gedragen veldnorm en nadere invulling van de WTZi en het uitvoeringsbesluit WTZi.

De naleving van de code is te vrijblijvend. Daarom willen we met het veld in gesprek. Een van de onderwerpen is de optie van een proactieve,

onafhankelijke toetsing op de naleving van de code door de sector zelf. Nu wordt op de naleving alleen toegezien als er een concrete klacht wordt ingediend bij de Governancecommissie gezondheidzorg, dat onderdeel uitmaakt van het Scheidsgerecht voor de gezondheidszorg. De uitspraken van de Governancecommissie zijn echter niet bindend.
Daarnaast geldt de code nu alleen binnen bepaalde sectoren en voor leden van de brancheorganisaties in de zorg, aangesloten bij de BoZ. Om ervoor te zorgen dat de code ook daadwerkelijk zorgbreed gaat gelden zal deze veldnorm door de IGZ voor de hele sector als norm moeten gelden. De IGZ ziet dan toe op deze norm.

De leden van de CDA-fractie vernemen ook graag welke ontwikkeling de zorgbrede governancecode de laatste jaren heeft doorgemaakt. Welke aanpassingen aan nieuwe inzichten en ontwikkelingen hebben er plaatsgevonden?

De zorgbrede governancecode is opgesteld door de brancheorganisaties in de zorg en werd op 1 januari 2006 van kracht. De code gold vanaf dat moment als lidmaatschapsverplichting voor alle leden van de deelnemende brancheorganisaties (Actiz, GGZ Nederland, NVZ, NFU en VGN). Met ingang van 2008 heeft de NFU voor zijn leden een eigen governancecode ingevoerd, met de zorgbrede governancecode als uitgangspunt[2]. De zorgbrede governancecode blijft in ontwikkeling, net als de omgeving waarin zorgorganisaties opereren. Om de code actueel te houden, zijn de brancheorganisaties een kleine drie jaar na de introductie van de zorgbrede governancecode en één jaar na de installatie van de Governancecommissie gezondheidszorg overgegaan tot de evaluatie van de code. In de evaluatie is gekeken naar: (1) hoe de code werd nageleefd; (2) of het handhavingsbeleid effectief was; en (3) of er inzichten en ontwikkelingen in de sector waren die om aanpassing van de code vroegen. Hierbij kwamen ook verschillende incidenten in de zorgsector aan bod, in het bijzonder rondom kwaliteit en veiligheid van zorg. Op basis van de evaluatie is de code in 2010 aangepast.[3]

De belangrijkste wijzigingen in de code betroffen onder andere:
- de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid zijn explicieter gemaakt;
- de goedkeuringsbevoegdheden van de raad van toezicht zijn beschreven;
- er is een klokkenluidersregeling opgenomen;
- het artikel over belangenverstrengeling is aangescherpt;
- de codebepalingen over de dialoog met belanghebbenden zijn herzien;
- kleine instellingen zijn vrijgesteld van (onderdelen van) de code;
- de werking is uitgebreid tot verbonden onderneming(en)/rechtspersonen;
- er is een regeling toegevoegd van uitkeringen met financiële middelen (winst) waarbij de maatschappelijke doelstelling van de onderneming het primaire toetsingskader voor winstuitkering vormt toegevoegd;
- het aantal commissariaten van een lid van de raad van toezicht is beperkt;
- ten minste één lid van de raad van toezicht beschikt over voor de zorgorganisatie relevante kennis en ervaring in de zorg;

[2] De reden dat er een aparte NFU code bestaat is dat een aantal bepalingen in de zorgbrede governancecode niet aansluit bij de wet (o.a. de Wet op het hoger onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek) en de daaruit voortvloeiende bijzondere taken van de UMC's. Ook stelt de WTZi ten aanzien van een aantal onderwerpen andere eisen aan UMC's dan aan andere zorgorganisaties. Verder kenmerken UMC's zich door andere verantwoordingslijnen, namelijk zowel naar de universiteit als naar het academisch ziekenhuis. Tot slot zijn UMC's publiekrechtelijke organisaties.
[3] BoZ (2010). Zorgbrede Governancecode 2010. Utrecht.

- er is meer aandacht voor scholing van leden van de raad van toezicht;
- de verwijzing naar de geschillenregeling via de Governancecommissie Gezondheidszorg is toegevoegd.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat er gebeurt als een deelnemer zich niet aan de governancecode houdt. Zijn er sancties door middel van toezicht? Ten aanzien van veldnormen onderschrijven deze leden het beginsel van «pas toe of leg uit», maar vragen ons aan wie zorgbestuurders «non-compliance» dienen uit te leggen afgezien van aan de IGZ als handhavende instantie.

Wanneer een zorgaanbieder die deelneemt aan de zorgbrede governancecode zich niet aan de code houdt en dit niet goed kan verantwoorden, dan kunnen belanghebbenden hierover beroep aantekenen bij de onafhankelijke Governancecommissie, die ondergebracht is bij het Scheidsgerecht gezondheidszorg. Wanneer de Governancecommissie oordeelt dat de zorgaanbieder in strijd met de code handelt, is het aan de zorgaanbieder om die uitspraak te respecteren.
Wanneer de zorgaanbieder dat niet doet, kan de betreffende brancheorganisatie het lidmaatschap van deze zorgaanbieder eenzijdig opzeggen. Opzegging van het lidmaatschap door de brancheorganisatie is momenteel de enige sanctie die veldorganisaties zelf kunnen opleggen. Een proactieve onafhankelijke toetsing ontbreekt nu.
Wij vinden dat de invulling van «non-compliance» versterking behoeft. Zoals eerder aangegeven zien wij aanknopingspunten tot versterking van de naleving van de zorgbrede governancecode, bijvoorbeeld door het introduceren van een onafhankelijke monitoring op de naleving van de code. Aan het niet naleven moeten dan ook consequenties verbonden kunnen worden. In andere semipublieke sectoren is hiermee ervaring opgedaan. Wij zullen het belang van een onafhankelijke monitoring op naleving benadrukken in onze gesprekken met de brancheorganisaties die verantwoordelijk zijn voor de zorgbrede governancecode. Tot slot zal de zorgbrede governancecode veldnorm van de IGZ zijn die hierop sectorbreed toeziet en handhaaft.

De leden van de PVV-fractie verbazen zich over onze conclusie dat het overgrote merendeel van de zorginstellingen de zorgbrede governancecode naleeft. Als dat zo is, zo vragen deze leden, hoe kan het dan tot 2 maal toe in 1 jaar tijd gebeuren dat een lid van de raad van toezicht bij een zorgaanbieder toetreedt tot de raad van bestuur. Deze leden zien hierin het bewijs dat de code niet werkt en overtredingen zonder gevolgen blijven. Deze leden vragen hoe het onafhankelijk functioneren van bestuurders en toezichthouders in het wetsvoorstel zal worden gewaarborgd.

Op grond van de Art. 6.1.1 van het Uitvoeringsbesluit WTZi is het niet toegestaan dat een lid van de raad van toezicht tegelijkertijd deel uitmaakt van de dagelijkse of algemene leiding van een zorgaanbieder. Het feit dat dit al wettelijk verboden is betekend niet, zoals ook bij andere wettelijke bepalingen, dat iedereen zich hier altijd aan houdt. Wanneer een dergelijke overtreding van de WTZi wordt geconstateerd, dan treedt de IGZ op, zoals dit jaar het geval was in de situatie van het Slotervaartziekenhuis.
Wij zijn het eens met de leden van de PVV fractie dat de governancecode nog niet door iedereen wordt nageleefd. Daarom stellen wij voor dat het veld deze aanscherpt en ook het toezicht op de naleving organiseert. Daarnaast houdt de IGZ namens de overheid sectorbreed toezicht op de governancecode als veldnorm.

3. Functioneren, toetsing en aansprakelijkheid van bestuurders

De leden van de SP-fractie vragen waarom de beleidsbrief «goed bestuur» wordt genoemd, terwijl er geen concrete voornemens zijn om slecht bestuur echt af te straffen. Zij vragen welk middel voorhanden is om er voor te zorgen dat bestuurders zich te allen tijde dienstbaar opstellen aan de organisatie die zij dienen, in plaats van de organisatie dienend te laten zijn aan hun eigen functioneren. Deze leden vragen welke visie wij hebben op het voorkomen van Zonnekoninggedrag waar hele organisaties onder zuchten en/of aan ten onder gaan? Ook vragen zij waarom in de beleidsbrief geen plannen staan om bestuurders te dwingen zich meer in te zetten voor de zorg van patiënten en de zorg voor hun personeel.

Zorgaanbieders zijn private organisaties. In die hoedanigheid zijn zij zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Zij moeten zelf zorgen voor een inrichting van hun bestuur en intern toezicht die bijdraagt aan kwaliteit van zorg.
De overheid is verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg in den brede. Wanneer de kwaliteit van zorg bij een zorgaanbieder door de bodem dreigt te zakken, dan grijpt de IGZ in. Daar waar de inrichting van het bestuur niet voldoet aan de eisen van goed bestuur, zal de IGZ de zorgaanbieder handhavend optreden.

Met de leden van de SP-fractie hebben wij ook geconstateerd dat niet alle bestuurders zich even dienstbaar richting hun organisaties opstellen. Het is echter niet zo dat dienstbaarheid met meer regels afdwingbaar is. Daarvoor moeten voldoende «checks and balances» aanwezig zijn binnen de instelling zelf. Medezeggenschapsorganen en de interne toezichthouder dienen bestuurders scherp te houden.
Daar waar bestuurders zich onvoldoende toegankelijk tonen voor de werknemers van een instelling, of zich onvoldoende op hun kerntaken richten, is het als eerste aan de interne toezichthouders om het bestuur daarop aan te spreken. Zij dienen daarover het gesprek aan te gaan met bestuurders.
Onze voorstellen gaan verder op de weg die het veld zelf al is ingeslagen en versterken en borgen die waar nodig op een wijze die past bij de zorg via veldnormen maar soms ook via aanscherping van de wet- en regelgeving.

Tijdens het AO IGZ op 30 oktober 2014 heeft uw Kamer gevraagd of wij nader kunnen ingaan op de mogelijkheden tot een bestuursverbod in de zorg.

Een dergelijk bestuursverbod bestaat reeds voor bestuurders van stichtingen die op grond van artikel 2:298 uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn ontslagen door de rechtbank vanwege wanbeleid en/of handelingen in strijd met de wet of statuten. Deze personen mogen gedurende een periode van vijf jaar geen bestuurder van een stichting worden.
In uw Kamer ligt bovendien een wetsvoorstel van de Minister van Veiligheid en Justitie ter wijziging van artikel 106 van de Faillissementswet waarin een civielrechtelijk bestuursverbod wordt voorgesteld dat als doel heeft te voorkomen dat bestuurders, die door onbehoorlijk handelen of nalaten (mede) hebben bijgedragen aan een faillissement en/of daarbij frauduleus hebben gehandeld, hun activiteiten via allerlei omwegen en met nieuwe rechtspersonen ongehinderd kunnen blijven voortzetten.
Dit verbod geldt voor een periode van vijf jaar voor bestuurs- en toezichthouderfuncties bij alle bestaande rechtsvormen. De reikwijdte van dit verbod is beperkt tot faillissementsfraude dat de aanleiding vormde voor

het wetsontwerp.[4] In dit wetsvoorstel wordt tevens voorgesteld dat er bij de Kamer van Koophandel een register wordt geopend waarin alle bestaande bestuursverboden worden geregistreerd. Dit register zal publiek toegankelijk zijn, dus ook voor interne toezichthouders van zorgaanbieders. Daarnaast zullen bestuurders gedurende de periode dat een bestuursverbod geldig is, niet in kunnen worden geschreven als wettelijk vertegenwoordiger van een zorgaanbieder en zijn daarmee dus niet handelingsbevoegd.

Op basis van deze bestaande civielrechtelijke mogelijkheden, aangevuld met zorgspecifieke wetgeving waarbij via maatregelen van bestuurlijke ondertoezichtstelling, zoals onderzocht door de landsadvocaat en een uw Kamer gemeld op 20 december 2013[5], is er een robuust palet van maatregelen voorhanden.

De leden van de SP-fractie hebben aangegeven dat zij het goed vinden dat er wordt nagedacht over wat te doen bij disfunctionerend bestuur. Te vaak krijgen deze leden meldingen van patiënten en zorgverleners dat bestuurders wegkijken bij een slechte kwaliteit van zorg en verwaarlozing van de zorg voor patiënten. Deze leden constateren dat er bestuurders zijn die tonnen verdienen, terwijl zij verantwoordelijk zijn voor incidenten, voor slechte kwaliteit van zorg en structureel inzetten van onbekwaam personeel. Bestuurders gaan altijd vrijuit, terwijl het vaak de artsen en de zorgverleners zijn die de schuld in de schoenen geschoven krijgen. Het mechanisme dat bij goed beleid de bestuurder pronkt met het werk van anderen, maar wegduikt bij fouten die onder zijn of haar leiding plaatsvinden, zien zij keer op keer weer opduiken. Deze leden vragen of wij dit fenomeen onderkennen.

Wij herkennen het beeld dat de SP-fractie schetst niet. Bestuurders zetten zich over het algemeen volledig in om goede zorg te bieden aan hun patiënten en cliënten. Wel zijn wij het met de leden van de SP-fractie eens dat wanbeleid moet worden aangepakt en dat er van fouten en incidenten zoveel mogelijk geleerd moet worden, opdat deze in de toekomst voorkomen kunnen worden.
Om risico's op mismanagement van zorginstellingen tegen te gaan, zetten wij in op onze speerpunten: Aanscherpen verantwoordelijkheden over en weer van bestuurders en toezichthouders, versterking van het externe toezicht en aanpak van onbehoorlijk bestuur en wanbeleid, het optimaliseren van checks and balances langs de weg van medezeggenschap en het stimuleren van (debat over) goed bestuur. In de loop van 2015 ontvangt uw Kamer de nadere uitwerking van deze agenda.
De Minister van Veiligheid en Justitie heeft in een brief aan de Tweede Kamer van 12 november 2013 aangekondigd dat de aansprakelijkheid van bestuurders en interne toezichthouders wordt aangescherpt. Zo wordt geregeld dat bestuurders en toezichthouders van rechtspersonen zich richten op het belang van de rechtspersoon, wordt de wettelijke aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders van verenigingen en stichtingen bij onbehoorlijk bestuur of onbehoorlijk toezicht en ernstig verwijtbaar of nalatig handelen gelijk getrokken met de regels voor andere rechtspersonen en worden de vereisten voor statuten van stichtingen aangescherpt.
Zoals hiervoor reeds is vermeld, ligt in uw Kamer eveneens een wetsvoorstel van de Minister van Veiligheid en Justitie ter wijziging van artikel 106 van de Faillissementswet waarin een civielrechtelijk bestuursverbod wordt voorgesteld dat als doel heeft te voorkomen dat bestuurders, die door onbehoorlijk handelen of nalaten (mede) hebben bijgedragen aan een

[4] Kamerstuk 34 011, nr. 3; p. 8.
[5] Kamerstuk 32 012 nr. 17

faillissement en/of daarbij frauduleus hebben gehandeld, hun activiteiten via allerlei omwegen en met nieuwe rechtspersonen ongehinderd kunnen blijven voortzetten. Deze maatregelen samen zorgen dat het risico op het door de leden van de SP-fractie benoemde gedrag van bestuurders wordt tegengegaan.

De leden van de SP-fractie missen maatregelen die ervoor zorgen dat bestuurders aan de slag gaan samen met patiënten en zorgverleners. Een goede bestuurder is op de werkvloer te vinden. De laatste jaren is er een grote kloof ontstaan tussen enerzijds de werkvloer en anderzijds de bestuurders en de managers. Deze leden vragen of wij de mening delen dat er sprake is van een kloof en vragen hoe wij deze willen dichten.

Wij zijn het niet eens met de opvatting dat er zorgbreed sprake is van een «kloof» tussen «de bestuurders» en «de werkvloer». Dat is veel te algemeen gesteld. Wel zijn wij met de SP van mening dat bestuurders samen met zorgverleners en cliënten werken aan goede zorg en aan een goede werk- en leefsfeer in een open cultuur. De verbinding tussen de governance van medische specialisten en die van het bestuur in de curatieve zorg vereist aandacht.

Wij vinden het van belang dat iedere bestuurder in de zorg weet wat er in zijn instelling omgaat, met wie hij samenwerkt, wie zijn patiënten en cliënten zijn en zich ervan vergewist dat er goede zorg wordt aangeboden. Ook moet in deze zorginstellingen geregeld zijn dat deze verantwoordelijkheid kan worden waargemaakt. Daar waar dat onvoldoende het geval is, moet worden ingegrepen. Daarbij speelt de Raad van Toezicht een belangrijke rol. Deze raad moet bestuurders scherp houden en moet wijzen op het belang van een open en transparante bestuursstijl in contact met de professionals en cliënten in de instellingen. Ook moet de Raad van Toezicht zich ervan vergewissen dat het bestuur kan ingrijpen als dat nodig is, bijvoorbeeld als de kwaliteit inzakt.
Ook hebben de medezeggenschapsorganen hierin een belangrijke taak. Het is aan hen om het cliëntperspectief dan wel medewerkerperspectief voor het voetlicht te brengen. Het is aan bestuurders van zorgaanbieders om hen daadwerkelijk in staat te stellen hun taak adequaat op te pakken. Wij willen de relatie tussen de Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht en medezeggenschapsorganen, daar waar nodig, verduidelijkt zien in de overtuiging dat een respectvolle relatie tussen deze partijen cruciaal is en dat zij in die gevallen waar dat nodig is dichter tot elkaar komen. Zo hebben wij in de brief over kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen van 12 juni 2014 aangekondigd om bestuurders via InvoorZorg! te gaan ondersteunen in de manier waarom zij het kwaliteitsbeleid in hun instelling kunnen vormgeven en aanjagen. Daarbij gaat het niet om het verspreiden van best practices, maar het maken van een eigen best practice op basis van de kernwaarden van de organisatie, omdat dat de manier is om te beklijven.

De leden van de D66-fractie stelden een vraag naar aanleiding van de aanvullende verplichting met betrekking tot het aanwijzen van een lid van de raad van bestuur die specifiek verantwoordelijk wordt voor de kwaliteit van de zorgverlening. Deze leden vragen of diegene ook verantwoordelijk wordt op het toezicht op de intercollegiale toetsing. Deze leden vragen of wij intercollegiale toetsing en het melden van de resultaten daarvan aan de raad van bestuur verplicht willen stellen. Deze leden vragen hierbij ook hoe wij denken dat diversiteit in de raad van bestuur aangaande geslacht, etnische achtergrond en leeftijd kan worden gestimuleerd. De leden van de SP-fractie willen graag weten waarom één persoon van de raad van bestuur verantwoordelijk gemaakt dient te worden voor de kwaliteit van zorg. Zij vragen ons of dit niet erg vrijblijvend is. De leden van de CDA

fractie zien hierin bovendien het risico dat kwaliteit teveel de verantwoordelijkheid van één persoon wordt en de rest van de organisatie het gevoel heeft zich niet met kwaliteit te hoeven bezig houden. Deze leden vragen welke alternatieven wij hebben overwogen.

Ondanks het feit dat wij zoals eerder genoemd, terughoudend zijn met aanvullende wettelijke vereisten op het gebied van bestuur en intern toezicht, zien wij nog steeds een grote toegevoegde waarde wanneer de raad van bestuur één van zijn leden specifiek aanwijst als verantwoordelijke voor de kwaliteit (en daarmee veiligheid) van de zorgverlening zodat er een duidelijk aanspreekpunt is bij een zorgaanbieder wanneer de kwaliteit niet op orde is. Dit vergemakkelijkt de aanspreekbaarheid van bestuurders wanneer de kwaliteit van zorg niet op orde is. Tevens hebben zorgverzekeraars, cliënten en de IGZ een duidelijk aanspreekpunt binnen het bestuur.
Dat laat onverlet dat de raad van bestuur een gezamenlijke verantwoordelijkheid heeft voor de kwaliteit van zorg. Het bestuur van een zorginstelling is te allen tijde gezamenlijk (eind)verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg die door of binnen het kader van de instelling wordt verleend. Wij zijn dan ook van plan om met de brancheorganisaties, verenigt in de Brancheorganisaties Zorg (BoZ), afspraken te maken om de zorgbrede governancecode op dit punt aan te vullen.

Naar aanleiding van de vragen die de leden van D66 hebben gesteld over intercollegiale toetsing, merken wij op dat het ons niet zinvol lijkt om voor te schrijven hoe deze toets moet worden vormgegeven. Dit omdat de wijze van zorgverlening en de manier waarop deze getoetst wordt per instelling en zorgvorm kan verschillen. Het is de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur om zich goed te laten informeren over kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit is niet vrijblijvend en dient expliciet te worden geregeld. Het gaat wat ons betreft te ver om voor te schrijven hoe de Raad van Bestuur dat het beste kan doen.
De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) stelt in haar rapport *«Garanties voor de Kwaliteit van Zorg»* dat rapportages van visitatiecommissies momenteel onderbenut worden en niet met de raad van bestuur worden besproken. Wij vinden dat deze rapportages beter benut kunnen worden, zowel door de raad van bestuur maar ook door de raad van toezicht. Rapporten van visitatiecommissies bieden interne toezichthouders immers een mogelijkheid informatie over kwaliteit en veiligheid van zorg te verkrijgen van andere bronnen dan de bestuurder. Wij nemen dit punt mee in de gesprekken die wij voeren over versterking van de rol van de raad van toezicht en in de concretisering van deze agenda.
Het stimuleren van de diversiteit in samenstelling van de raad van bestuur – naar aanleiding van de vraag van de leden van de D66 fractie – is primair de taak van de raad van toezicht in haar rol als werkgever.

De leden van de CDA-fractie leggen ons de suggestie voor, dat er een eis moet komen dat de raad van bestuur of raad van toezicht jaarlijks rapporteert over de voortgang op het gebied van kwaliteit en dus haar bevindingen publiceert over de verbetermaatregelen.

In de Kwaliteitswet (KWZ) heeft de verplichting gestaan tot het inleveren van een kwaliteitsjaarverslag door de zorgaanbieder. Deze verplichting is komen te vervallen, omdat deze leidde tot onnodige administratieve lasten. Met de start van het Zorginstituut Nederland (ZiNL) is vastgelegd dat zorgaanbieders verplicht zijn om informatie aan te leveren op basis van de in het Register van het kwaliteitsinstituut opgenomen meetinstrumenten. Hiermee wordt inzage gegeven aan cliënten, verzekeraars en de IGZ in de kwaliteit van de zorg bij instellingen. Daarmee is datzelfde inzicht beschikbaar voor bestuurders en interne toezichthouders. Op basis

van deze informatie kunnen bestuurders van instellingen hun kwaliteit verbeteren en zien of er in vergelijking met voorgaande jaren een verbetering is behaald. Wij vinden dat de bestuurders de voorgenomen verbeteringen moeten delen met de raad van toezicht en de medezeggenschapsorganen. Op deze manier wordt een verbinding gelegd tussen het bestuur, de raad van toezicht en medezeggenschapsorganen. Zij kunnen dan deze informatie betrekken bij de op hen rustende taak. Deze werkwijze heeft ons inziens meer toegevoegde waarde dan een vormvrij kwaliteitsjaarverslag.

De leden van de D66-fractie stellen dat wij van mening zijn dat een onderscheidend kenmerk van de zorgsector is dat patiënten en cliënten niet altijd in staat zijn de kwaliteit goed te beoordelen. Deze leden vragen of wij dit als een structureel of incidenteel kenmerk beschouwen. Deze leden zijn van mening dat dit incidenteel zou moeten zijn en vragen ons hoe wij er voor gaan zorgen dat patiënten en cliënten in staat worden gesteld de kwaliteit goed te beoordelen.

Wij zijn het met de leden van de D66-fractie eens dat we alles op alles moeten zetten om cliënten in staat te stellen om de kwaliteit van zorg beter te beoordelen. Daarom hebben wij uw Kamer op 18 juli 2014 een stappenplan transparantie van kwaliteit toegezonden[6]. Het stappenplan beschrijft de noodzakelijke stappen om te komen tot transparantie van kwaliteit, wanneer die worden gezet, en door wie. Daarin wordt ook ingegaan op methoden om patiënten en cliënten in staat te stellen om kwaliteit te beoordelen. Zo is ZiNL gevraagd om de ontwikkeling van goede patiëntversies van kwaliteitsstandaarden te stimuleren. Daarnaast zijn in 2014 afspraken gemaakt om de transparantie van kwaliteit in de medisch specialistische zorg (MSZ) te vergroten. Deze zijn vastgelegd in de Kwaliteit- en Doelmatigheid (K&D) agenda die eerder aan uw Kamer is verzonden[7]. Binnenkort ontvangt u de nadere uitwerking van de transparantie-impuls die in 2015 wordt gegeven.

De leden van de PVV-fractie missen een visie op de verhouding van het bestuur en de medisch specialist, de maatschappen en de regiomaatschappen. Deze leden zouden hier graag nog een reactie van ons op krijgen.

De visie op de verhouding tussen het bestuur en de medisch specialist is neergelegd in het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)[8] die door uw Kamer is aanvaard en nu ter behandeling voorligt in de Eerste Kamer. Daarin is aangegeven dat het bestuur van een zorginstelling te allen tijde (eind)verantwoordelijk is voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg die door of binnen het kader van de instelling wordt verleend. Het bestuur moet dan ook over voldoende middelen beschikken om hierop te kunnen sturen. Dit houdt in dat het bestuur zorgprofessionals (inclusief de maatschappen van medisch specialisten en individuele specialisten) moet kunnen aanspreken op de kwaliteit en veiligheid van de door hen verleende zorg. In de Wkkgz is dan ook vastgelegd dat de raad van bestuur de voor hem (in loondienst of anderszins) werkzame personen zodanige instructies moet geven of met hen zodanige afspraken moet maken dat de kwaliteit van zorg is gewaarborgd. De centrale verantwoordelijkheid van de bestuurder van een instelling, geldt ook voor het handelen van de beroepsbeoefenaar die individueel binnen de instelling werkzaam is. In de komende periode spreken wij met het veld over de ontwikkelingen rondom bestuursmodellen in de zorg en hoe (dus

[6] Kamerstuk 31 765, nr. 93.
[7] Kamerstuk 32 620, nr. 121.
[8] Kamerstuk 32 402, nr. E.

niet of) de governance in deze modellen voldoet aan bovenstaande uitgangspunten. Het gaat hierbij zowel om situaties waarbij er sprake zal zijn van winstuitkering en aandeelhouderschap, als om afspraken die gemaakt worden rondom integrale bekostiging van specialisten, waarbij zorgaanbieders contractuele relaties aangaan met (regio-) maatschappen. Ook regiomaatschappen van medisch specialisten moeten werken binnen de geschetste verantwoordelijkheidsverdeling. Daar waar dat niet het geval is, verwijzen wij u naar de brief van 10 juli 2014 aan uw Kamer over regiomaatschappen.[9] In deze brief is aangekondigd dat het instrument aanmerkelijke marktmacht (AMm) in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) wordt vereenvoudigd zodat ook organisatorische verbanden zonder rechtspersoonlijkheid kunnen worden aangepakt. Dit maakt het mogelijk dat de toezichthouder kan optreden tegen de regiomaatschap door de vaststelling dat de regiomaatschap over aanmerkelijke marktmacht bezit, zonder te hoeven aantonen dat de medisch specialisten gezamenlijk over aanmerkelijke marktmacht beschikken.

De leden van de SP fractie stellen dat bestuurders in de zorg er in geslaagd zijn om voor zichzelf goudgerande regelingen te organiseren, compleet met eigen managementlagen, auto's van de zaak, luxe zakenreisjes en borrels, terwijl de medewerkers van de organisatie dag-, nacht- en weekenddiensten draaien? Zij vragen of wij dit beeld erkennen.

Nee, het kabinet heeft met de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT) een maximum norm gesteld aan beloningen en ontslagregelingen in de publieke en semipublieke sector. Sinds 1 januari 2013 is met die wet de bezoldiging van bestuurders in de zorg gemaximeerd. Onder het begrip bezoldiging vallen onder andere ook belastbare onkostenvergoedingen. Bovendien heeft het kabinet zich in het regeerakkoord voorgenomen om de maximaal toegestane bezoldiging te verlagen naar het niveau van ministersalarissen en de werkingssfeer van de WNT uit te breiden naar ook de niet-topfunctionarissen. Dit wetsvoorstel is in december 2014 door de Eerste Kamer aanvaard.

De leden van de SP-fractie vragen of wij de situaties op een rij kunnen zetten waarbij wij hebben geconstateerd dat bestuurders verantwoordelijk zijn voor gebrekkige zorg en slechte kwaliteit van zorg.

Primair is de zorgverlener (arts, verpleegkundige) verantwoordelijk voor zijn of haar handelen. Dit neemt niet weg dat het bestuur ook altijd verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorgverlening. Uit verschillende casus uit het verleden blijkt dat wanneer een instelling zijn bestuur niet op orde heeft, dit vervolgens ook zijn weerslag kan hebben op de kwaliteit en veiligheid. Daarvan zijn verschillende voorbeelden, van het Ruwaard van Putten ziekenhuis tot Zonnehuizen. In die zin is de mate waarin een zorgaanbieder minder goed bestuurd wordt, een indicator voor mogelijke (toekomstige) problemen met de kwaliteit van zorg. Zorginstellingen zijn complexe organisaties die in grote mate afhankelijk zijn van hun externe omgeving. De oorzaken van de problemen die in de achter ons liggende jaren bij zorgaanbieders voorkwamen, verschillen dan ook sterk in aard en komen vaak in wisselende samenstelling voor. Uit recente casuïstiek, rond bijvoorbeeld het Ruwaard van Puttenziekenhuis, is wel geconcludeerd dat er een correlatie is tussen gebrekkig bestuur en kwalitatieve/financiële problemen.

[9] Kamerstuk 32 620, nr. 129.

Deze leden vragen of wij denken dat de bestuurders in de zorg behoren tot de groep mensen die handelen conform de intrinsieke moraliteit of tot de groep die handelt conform de moraliteit in het recht. In het laatste geval zien bestuurders geen belemmering anderen te schaden wanneer dit niet verboden is. Zij vragen of het niet goed zou zijn, in het kader van het zekere voor het onzekere nemen, om te omschrijven wat een bestuurder in de zorg vermag en niet vermag. De leden van deze fractie vinden dat beter dan dit over te laten aan een moreel appel. Deze leden vragen welke garanties wij hebben dat de (meeste) bestuurders uit zichzelf moraliteit tonen.

Wij menen dat het niet zinvol is om te generaliseren en een beroepsgroep onder te verdelen in de door de leden van de SP-fractie aangegeven categorieën. Bestuurders zijn mensen als alle andere, die een belangrijke verantwoordelijkheid dragen voor het aansturen van een organisatie die in de eerste plaats zorg verleent aan patiënten en cliënten die daarvan afhankelijk zijn en daarmee ook publieke belangen behartigt. Net als in alle andere beroepen, zijn er in de zorg vele bestuurders die zich met hart en ziel verbonden voelen met hun werk, terwijl er soms ook bestuurders zijn die onvoldoende presteren of onzorgvuldig handelen.
Het is onmogelijk om via wettelijke voorschriften en regelgeving moreel «juist» gedrag af te dwingen. Regels zijn er inmiddels genoeg, maar er zijn altijd mogelijkheden en situaties waar de wet niet in voorziet. Het is van veel groter belang dat bestuurders – net als alle andere burgers in een samenleving – zich gedragen op ethische en maatschappelijk verantwoorde wijze en daar – wanneer zij dat onvoldoende doen – door hun omgeving op worden aangesproken. Dat is de rol van toezichthouders, van medezeggenschapsorganen, maar ook van patiënten en cliënten zelf, hun familie en vrienden en andere maatschappelijke actoren. Het is in eerste instantie aan de interne checks en balances van een zorginstelling om er voor te zorgen dat alle onderdelen zich op een verantwoorde wijze inzetten voor goede en veilige zorg. Daarom zetten wij ook in op versterking van goed bestuur, intern toezicht en de verbetering van de medezeggenschap binnen zorgaanbieders, zodat de omgeving van een bestuurder hier optimaal op is toegerust.

Het is de leden van de PVV-fractie een doorn in het oog wanneer bestuurders zich ophouden in megalomane kantoorpanden, ver weg van de werkvloer. Deze leden vragen of wij hier een einde aan gaan maken? Indien dit niet het geval is, dan vragen deze leden wat wij dan voor ogen hebben met het verbeteren van de bereikbaarheid en aanspreekbaarheid van bestuurders.

Zorgaanbieders zijn private organisaties die voor een groot deel zelf bepalen hoe zij hun organisatie inrichten, mits zij voldoen aan de wettelijke vereisten, zoals geregeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en in de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ). Deze wetgeving is erop gericht de kwaliteit en veiligheid bij zorgaanbieders te garanderen. Wij delen de mening van de PVV-fractie dat bestuurders bereikbaar en aanspreekbaar moeten zijn voor mensen op de werkvloer. Het is echter ondoenlijk, en past ook niet bij de rol van de overheid, dat de overheid daarvoor zorg draagt. Daar waar bestuurders onvoldoende bereikbaar en aanspreekbaar zijn, is het als eerste aan de interne toezichthouders om het bestuur daarop aan te spreken. Zij dienen daarover – in de woorden van de commissie Behoorlijk Bestuur – het *lastige gesprek* aan te gaan met bestuurders. De commissie Behoorlijk Bestuur heeft in haar rapport aanbevelingen gedaan over de verbetering van de professionaliteit van bestuur en stelt dat het van groot belang is – ook in de zorg – dat er bij zorgaanbieders een open cultuur wordt gecreëerd, waarin bestuurders, toezichthouders en werknemers zichzelf en elkaar aanspreken op gedrag.

Het kabinet heeft in haar reactie op het rapport van de commissie onderschreven dat het periodieke gesprek met belanghebbende een wezenlijk onderdeel vormt van het handelen van bestuurders, wat kan bijdragen tot het voorkomen van ongewenst gedrag.[10] Wij zullen samen met het veld bekijken hoe belanghebbenden hiertoe beter geëquipeerd kunnen worden.

De leden van de PVV-fractie vragen of wij het standpunt van de PVV delen dat bestuurders die medewerkers een zwijgplicht opleggen of een «heksenjacht» openen naar medewerkers die (noodgedwongen) de media opzoeken, hard aangepakt moeten worden.

Wij vinden het met de leden van de PVV-fractie belangrijk dat zorgprofessionals (vermoedelijke) misstanden in de zorg in vrijheid melden. Veel zorgaanbieders hebben afspraken hoe omgegaan dient te worden met interne en externe meldingen. In de zorgbrede governancecode is bovendien een «klokkenluidersregeling» opgenomen. Dergelijke afspraken of regelingen dragen er in principe aan bij dat zorgorganisaties zorgvuldig omgaan met een vermoeden van een onregelmatigheid of misstand. Een veilige bedrijfscultuur waarbij het melden van misstanden door zorgpersoneel juist wordt bevorderd, dient door zorgverleners gezien te worden als een vast onderdeel van het leveren van kwalitatief goede en veilige zorg. Vandaar dat wij in het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) het incidenten- en veiligmeldsysteem verplicht hebben gesteld. Deze wet is door uw Kamer aanvaard en ligt ter behandeling voor in de Eerste Kamer.

De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat er één hoofdverpleegkundige aan het hoofd van een AWBZ-instelling zou moeten staan en dat de raad van toezicht kan bestaan uit één gepensioneerde die zijn/haar hele leven in de zorg heeft gewerkt. Mensen met kennis van zaken en gevoel van wat er op de werkvloer speelt. Zijn dat niet de kwalificaties waaraan bestuurders moeten voldoen?

Wij vinden het belangrijk dat zowel het bestuur als de raad van toezicht op een zodanige wijze worden samengesteld dat zij hun taken op het gebied van de kwaliteit van zorg, maar ook bijvoorbeeld op het gebied van financiën, goed kunnen uitvoeren. Dit kan betekenen dat er een hoofdverpleegkundige aan het hoofd van een AWBZ-instelling staat, of dat er een gepensioneerde die zijn/haar hele leven in de zorg heeft gewerkt in de raad van toezicht zit. Wij achten het echter een verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder zelf om hier nader invulling aan te geven.

De leden van de VVD-fractie vragen ons wat de toegevoegde waarde is van een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) die alle leden van de raad van bestuur moeten overhandigen voor toetreding tot de raad van bestuur. Zij vragen ook waarom wij het overleggen van een VOG willen verplichten. Deze leden vragen welke problemen wij met deze maatregel denken te voorkomen en of deze maatregel niet leidt tot schijnzekerheid ten aanzien van de achtergrond van de leden van de raad van bestuur. De leden van de SP-fractie vragen daarnaast waarom bestuurders enkel een VOG dienen te hebben zodra zij in de raad van bestuur toetreden. Zij vragen of wij het niet wenselijk vindt dat alle bestuurders een VOG dienen te hebben, gezien het contact dat zij horen te hebben met patiënten en personeel?

[10] Kamerstuk 28 479, nr. 69.

Wij zien af van een separaat wetsvoorstel goed bestuur en daarmee ook met het wettelijk verplichten van een VOG voor bestuurders. Wij roepen de brancheorganisaties in de zorg op om de zorgbrede governancecode zodanig aan te scherpen dat bij de benoeming van een bestuurder door de raad van toezicht, de raad zich expliciet vergewist van de integriteit en het (recente) verleden van een bestuurder bij diens benoeming.

Op de vraag van de leden van de VVD-fractie naar de meerwaarde van de VOG voor bestuurders, antwoorden wij dat op deze wijze diegenen die zich in het recente verleden schuldig hebben gemaakt aan een strafbaar feit, vooraf worden geweerd uit de raden van bestuur. Hierbij gaat het om personen die in de afgelopen periode zijn veroordeeld voor strafbare feiten, die relevant zijn voor de functie van lid van de raad van bestuur van een zorgaanbieder. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om voormalig bestuurders in de zorg die in een vorige functie gefraudeerd hebben met zorgbetalingen.
Tegelijkertijd is het duidelijk dat bestuurders die wel een VOG kunnen overleggen, niet zonder meer geschikt zijn voor een functie als bestuurder of in de toekomst geen fouten zullen maken. Een VOG is op zichzelf dus geen garantie voor de integriteit van een bestuurder of voor de kwaliteit van bestuur. Echter, de raad van toezicht kan de VOG hanteren als één van de instrumenten. Daarnaast is accreditatie en het register van bestuurders en toezichthouders een middel dat veel meer zegt over de capaciteit van de bestuurder of toezichtouder.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat de raad van toezicht een vergewisplicht krijgt ten aanzien van de kwaliteit en geschiktheid van de aan te stellen leden van de raad van bestuur en raad van toezicht. Deze leden vragen ons wat wij in dit geval verstaan onder kwaliteit en geschiktheid.

Het is belangrijk dat de governancecode zo wordt aangescherpt dat de raad van toezicht zich vergewist van de integriteit en het (recente) verleden van een bestuurder bij diens benoeming. Dat kan door een vergewisplicht op te nemen of door middel van het opnemen van geaccrediteerde bestuurders in een register dat raden van toezicht kunnen inzien.
Onder kwaliteit en geschiktheid verstaan wij dat de bestuurders over de kennis, ervaring, vaardigheden, achtergrond en kwalificaties beschikken die nodig zijn voor de functie die zij ambiëren. Daarnaast moet hij of zij integer en van onbesproken gedrag zijn.

De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat de VOG tekort schiet als waarborg voor goed bestuur. Zij pleiten voor een openbaar register met de namen van wanbestuurders om te voorkomen dat deze na hun wanprestaties elders in de zorg aan de slag kunnen. Zij vragen of wij dit overwogen hebben.

In het wetsvoorstel voor het civielrechtelijk bestuursverbod, dat momenteel in uw Kamer ter behandeling voorligt, wordt in een openbaar register bij de Kamer van Koophandel voorzien waarin bestuurders die tot een civielrechtelijk bestuursverbod zijn veroordeeld, zullen worden opgenomen. Het wetsvoorstel voorziet bovendien in het opnemen van de namen van bestuurders aan wie op basis van andere wettelijke maatregelen een bestuursverbod is opgelegd, waaronder bestuurders van stichtingen die op grond van art. 2:298 BW door de rechter zijn ontslagen. Tegelijk biedt ook een dergelijk register beperkte zekerheid. Immers, alleen de duidelijk verwijtbare gevallen van onbehoorlijk bestuur of wanbeleid komen voor de rechter en lang niet alle zaken leiden tot een veroordeling. Wanneer een bestuurder niet functioneert of ongeschikt is, dan hoeft er

bovendien niet altijd sprake te zijn (geweest) van wanbeleid. Belangrijk is dat een raad van toezicht niet alleen formele antecedenten van een kandidaat bestuurder nagaat, zoals het kunnen overleggen van een VOG, maar ook het optreden in eerdere bestuursfuncties. Wij zetten daarom in op samenwerking met de veldpartijen om de zorgbrede governancecode zodanig aan te scherpen dat bij de benoeming van een bestuurder door de raad van toezicht, de raad zich ook vergewist van de integriteit en het (recente) verleden van een bestuurder.

De leden van de PVV en CDA fracties vragen ons naar de DNB geschiktheidtoets voor nieuwe bestuurders te kijken, en deze als voorbeeld te nemen voor een bestuurderstoets in de zorg en op te nemen in het wetsvoorstel goed bestuur in de zorg.

Bestaande regelgeving, zoals het bestaande strafrechtelijk beroepsverbod, maar ook de bestaande wetgeving rondom bestuurlijke aansprakelijkheid in het BW de door de Minister van Veiligheid en Justitie aangekondigde aanscherpingen hiervan voor bestuurders en toezichthouders van rechtspersonen en het wetsvoorstel over het civielrechtelijk bestuursverbod bieden verschillende mogelijkheden om onbehoorlijk bestuur aan te pakken. Daarnaast neemt ook het veld zelf de nodige initiatieven om bestuur en intern toezicht te professionaliseren, zoals de bestaande gedragscode voor bestuurders in de zorg van de Nederlandse Vereniging van Bestuurders in de Zorg (NVZD), maar ook nieuwe initiatieven met betrekking tot accreditatie van bestuurders en professionalisering van interne toezichthouders.
Tijdens het AO IGZ van 30 oktober 2014 is aan uw Kamer toegezegd dat wij ons zullen inspannen om accreditatie van bestuurders en intern toezichthouders in de zorg in overleg met het veld zorgbreed te verankeren, bijvoorbeeld in de zorgbrede governancecode. Wij gaan hierover op korte termijn in overleg met relevante partijen in het veld. In de nadere uitwerking van deze agenda zullen wij ingaan op welke wijze wij dergelijke initiatieven ondersteunen.

De leden van de VVD-fractie stellen de vraag hoe effectief artikel 2:9 BW is in het beschermen van de kwaliteit van bestuur in zorginstellingen en op welke wijze dit kan worden toegepast in de nieuwe Wet goed bestuur in de zorg? Zij vragen tevens hoeveel civielrechtelijke bestuursverboden er in de afgelopen 2 jaar in de zorg zijn opgelegd.

Bestuurders en toezichthouders worden geacht hun taak behoorlijk te vervullen. In dat kader is van belang dat helder in de wet is geregeld wat die taak is. Behoorlijke taakvervulling houdt in dat bestuurders de belangen van de rechtspersoon voor hun eigen belangen moeten plaatsen en dat wanneer zij hun taak onbehoorlijk vervullen, zij voor de voortvloeiende schade aansprakelijk kunnen worden gehouden. Op deze punten bestaat nog niet voor alle rechtspersonen een uniforme regeling. Ten aanzien van NV's en BV's is dit geregeld in onder meer artikel 2:9 BW, artikel 2:129/239 lid 5 BW en artikel 2:140/250 BW, maar voor de in de semipublieke sector veel gebruikte stichtingen is dat niet het geval. De bestaande verschillen leiden tot onduidelijkheid. Zij kunnen tot gevolg hebben dat toezichthouders niet goed weten wat van hen verwacht wordt en niet ingrijpen wanneer daartoe aanleiding bestaat. Deze lacune in wetgeving draagt niet bij aan een behoorlijke taakvervulling door bestuurders en toezichthouders bij verenigingen en stichtingen. De bestaande verschillen zijn ook niet langer gerechtvaardigd.
In dat kader wordt met het Wetsvoorstel Bestuur en Toezicht Rechtspersonen, een voor alle rechtspersonen geldende, uniforme regeling geïntroduceerd. Daarmee wordt uitvoering gegeven aan de in de brief aan

de Tweede Kamer van 12 november 2013[11] aangekondigde maatregelen ter verbetering van de kwaliteit van bestuur en toezicht bij verenigingen en stichtingen in semipublieke sectoren.

Daarnaast wordt invulling gegeven aan de aanbevelingen van de Commissie Behoorlijk Bestuur, onder voorzitterschap van mevrouw Halsema, die heeft aangedrongen op een nauwkeuriger omschrijving van de taak en de aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders van instellingen in semipublieke sectoren en op de invoering van een tegenstrijdige belangregeling. Voor zover daaraan ten aanzien van instellingen in semipublieke sectoren behoefte bestaat, kan de met dit wetsvoorstel geïntroduceerde algemene regeling in bijzondere wetgeving worden aangevuld. Vandaar dat in de zorg aanvullende regels zijn gesteld in de WTZi en in de Wkkgz. De door ons voorgestelde inzet op het thema goed bestuur, met name op de versterking van de positie van stakeholders richting de bestuurder, draagt verder bij aan de kwaliteit van het bestuur.
Over het voorontwerp voor het Wetsvoorstel bestuur en toezicht rechtspersonen heeft een internetconsultatie plaatsgevonden. Daarop zijn veel reacties gekomen. Deze worden nu door de Minister van Veiligheid en Justitie verwerkt.

Een wetsvoorstel voor een civielrechtelijk bestuursverbod ligt momenteel voor in uw Kamer. Dit bestuursverbod heeft als doel te voorkomen dat bestuurders, die door onbehoorlijk bestuur of nalatig handelen (in belangrijke mate) hebben bijgedragen aan een faillissement van een rechtspersoon en/of daarbij frauduleus hebben gehandeld, hun activiteiten via allerlei omwegen en met nieuwe rechtspersonen ongehinderd kunnen blijven voortzetten. Het verbod geldt voor een periode van vijf jaar voor bestuurs- en toezichthouderfuncties bij alle bestaande rechtsvormen.[12] Gezien het feit dat dit wetsvoorstel nog niet is aangenomen, zijn er geen civielrechtelijke bestuursverboden uitgesproken.

Genoemde leden vragen hoe de bestuurdersaansprakelijkheid wordt vormgegeven en hoe bestuurders de gevolgen ondervinden van toerekenbare nalatigheid, grove fouten of anderszins hen toerekenbaar falend bestuur. De leden van de SP-fractie vragen waar de concrete acties zijn om bestuurders aansprakelijk te stellen voor wanbeleid. Zij vragen waarom wij bestuurders niet persoonlijk aansprakelijk stellen, om zo het risico te voorkomen dat zij hun verantwoordelijkheid niet nemen.

In de brief van 20 december 2013 over de bestuurlijke ondertoezichtstelling en aansprakelijkheid in de zorg[13] hebben wij de mogelijkheden uiteengezet voor het aansprakelijk stellen van bestuurders die verantwoordelijk zijn voor ongewenste gedragingen van een zorgaanbieder. Het Burgerlijk Wetboek (BW) biedt ook een aantal mogelijkheden hiertoe:

1. Een zorgaanbieder kan, als rechtspersoon, een bestuurder aansprakelijk stellen voor de geleden schade voor onbehoorlijk bestuur wanneer de bestuurder een ernstig (voldoende persoonlijk) verwijt te maken valt of hij nalatig is geweest (artikel 2:9 BW).
2. Wanneer een bestuurder van een instelling door zijn handelen schade veroorzaakt aan derden, dan bestaat voor deze derden ook de mogelijkheid om hem op grond van artikel 6:162 BW aansprakelijk te stellen op grond van een onrechtmatige daad. Ook in dat geval is vereist dat er voldoende verband is tussen de schade van derden en

[11] Kamerstuk 33 750 VI, nr. 31.
[12] Kamerstuk 34 011, nr. 3.
[13] Kamerstuk 32 012, nr. 17.

het handelen van het bestuur en moet eveneens sprake zijn van een persoonlijk voldoende ernstig verwijt aan het adres van de bestuurder.

Daarnaast heeft de Minister van Veiligheid en Justitie in een brief aan de Tweede Kamer van 12 november 2013 aangekondigd dat de regels ten aanzien van aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders worden aangescherpt via een wijziging van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek. Over een daartoe strekkend ontwerpwetsvoorstel heeft inmiddels een internetconsultatie plaatsgevonden. De reacties daarop worden nu verwerkt. Het wetsvoorstel stelt voor dat: (i) bestuurders en toezichthouders zich bij de vervulling van hun taak moeten richten naar het belang van de rechtspersoon en de met die rechtspersoon verbonden organisatie, (ii) bestuurders en toezichthouders met een tegenstrijdig belang zich moeten onthouden van deelname aan de beraadslaging en besluitvorming, (iii) bestuurders en toezichthouders aansprakelijk kunnen zijn voor schade als gevolg van onbehoorlijke taakvervulling en (iv) in het geval van een faillissement dat in belangrijke mate is veroorzaakt door onbehoorlijke taakvervulling bestuurders en toezichthouders hoofdelijk aansprakelijk kunnen zijn voor een tekort in de boedel.

Het uitgangspunt van de wet is en blijft dat het aan de zorgaanbiedende rechtspersoon is om bestuurders die hun taak onbehoorlijk vervullen persoonlijk aansprakelijk te stellen voor de schade die de rechtspersoon daardoor leidt. Indien de interne toezichthouder, cliëntenraden en ondernemingsraden van mening zijn dat een bestuurder zijn taak onbehoorlijk heeft vervuld en daardoor schade is ontstaan, kunnen zij erop aandringen dat de betreffende bestuurder voor die schade aansprakelijk wordt gesteld. Een aansprakelijkstelling van een bestuurder door een ander dan de rechtspersoon kan slechts aan de orde zijn wanneer is van een onrechtmatige daad (artikel 6:162 BW). Daarvoor is vereist dat jegens hem onrechtmatig is gehandeld en hij daardoor schade heeft geleden.

De leden van de PVV-fractie vragen ons op welke wijze het aanwijzen van een bestuurslid als verantwoordelijke voor kwaliteit, het aansprakelijk stellen van deze bestuurder vergemakkelijkt, wanneer de kwaliteit niet op orde is. Zij vragen tevens of een dergelijk bestuurder hoofdelijk aansprakelijk gesteld en beboet kan worden voor het leveren van slechte zorg? Zo ja, hoe en door wie.

Wij vinden dat er meerwaarde is voor het benoemen van één bestuurder die de portefeuille kwaliteit heeft. De reden waarom wij dit belangrijk vinden, heeft te maken met de zichtbaarheid en vindbaarheid van het bestuur in de organisatie en daar buiten op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Wij achten het zinvol dat één van de bestuursleden expliciet als portefeuillehouder voor kwaliteit wordt aangewezen, zoals dat nu vaak al gebruikelijk is voor de portefeuille financiën. Hiermee hebben zorgverzekeraars, cliënten en IGZ een duidelijk aanspreekpunt binnen het bestuur. Het bestuur van een zorginstelling blijft echter te allen tijde gezamenlijk (eind)verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg die door of binnen het kader van de instelling wordt verleend. Het benoemen van één bestuurder die de portefeuille kwaliteit heeft, doet daar niets aan af. Net zoals het hele bestuur verantwoordelijk is voor de financiële gezondheid van de instelling ongeacht dat één persoon portefeuillehouder is.

Bestuurders kunnen hoofdelijk aansprakelijk worden gesteld in het geval van onbehoorlijk bestuur. In deze gevallen gaat het om aansprakelijkheid voor schade die door de rechtspersoon of door derden wordt geleden. Op

dit moment bestaat niet de mogelijkheid om bestuurders hoofdelijk aansprakelijk te stellen voor «slechte zorg». Wel is in oktober 2013 de beleidsregel aangepast betreffende het opleggen van bestuurlijke boetes door de IGZ.[14] Het gaat hier om bestuurlijke boetes die aan instellingen kunnen worden opgelegd wanneer zij regels overtreden op het gebied van wetgeving waar de IGZ op toeziet, met inbegrip van wetgeving over kwaliteit van zorg.

Volgens de leden van de CDA-fractie zijn bestuurders en toezichthouders in de zorg net als bestuurders en commissarissen in de marktsector aansprakelijk te stellen voor wanbestuur. De ondernemingsrisico's in de zorg nemen met de gereguleerde marktwerking en de robuuste stelselwijzigingen toe. Deze leden vragen ons of wij van mening zijn dat zorgbestuurders geacht worden meer risico's te nemen. Zij vragen ook hoe dit zich verhoudt tot het aanscherpen van de verantwoordelijkheid van bestuurders.

Besturen van zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de continuïteit van hun instelling. De omzet van instellingen is in veel gevallen niet meer op voorhand zeker. Bestuurders moeten daarover onderhandelen met verzekeraars die ook met andere zorgaanbieders afspraken kunnen maken. Vergeleken met de periode waarin budgetten afgegeven werden en parameters konden worden aangepast is de onzekerheid toegenomen. Zorgbestuurders moeten daar rekening mee houden. Ook hebben zorgbestuurders meer beslissingsbevoegdheden gekregen bijvoorbeeld ten aanzien van bouw en verbouwen van hun gebouwen. Ze hebben dus meer verantwoordelijkheden gekregen. Dat is niet hetzelfde als meer risico nemen. Het is zeker niet hetzelfde als wanbestuur. Daarbij komt dat voor aansprakelijkheid op grond van onbehoorlijk bestuur is vereist dat de betreffende bestuurder (of toezichthouder) ernstig verwijtbaar heeft gehandeld. Bestuurders die hun taak naar eer en geweten vervullen, hebben dus niet veel te vrezen.

De leden van de PVV fractie zien niet dat de bestuurders aangepakt worden wanneer de zorginstelling pikt van cliënten. Deze leden vragen ons hoe vaak het teruggestorte geld uit het budget van de instelling zelf kwam en hoe vaak uit de portemonnee van bestuurders zelf.

Wij nemen aan dat de PVV-fractie hier doelt op de onwenselijke praktijk dat sommige instellingen voor AWBZ-zorg ten onrechte bijbetalingen vragen van hun cliënten voor diensten die gedekt worden door de AWBZ. De Staatssecretaris van VWS heeft in een brief van 13 oktober 2014 gerapporteerd over een onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar ongewenste bijbetalingen in de zorg.[15] In deze brief geeft hij aan dat de NZa in elf gevallen een aanwijzing heeft opgelegd aan instellingen voor onterechte bijbetalingen in de AWBZ.
Alle instellingen die het betreft hebben, na signalering de bedragen direct aan de cliënten terugbetaald. Wat de informatievoorziening betreft, hebben elf instellingen nog onvoldoende maatregelen getroffen om de informatievoorziening over bijbetalingen te verbeteren. Om deze instellingen aan te sporen de informatie te verbeteren heeft de NZa op dit punt aanwijzingen opgelegd.
De NZa concludeert dat het onderzoek geen signalen heeft opgeleverd dat instellingen cliënten moedwillig hebben gedupeerd. Het is dan ook niet waarschijnlijk dat bestuurders hier persoonlijk aan hebben bijgedragen.

[14] Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 oktober 2013, kenmerk 141954–108511-IGZ, houdende de vaststelling van beleidsregels inzake het opleggen van bestuurlijke boetes.
[15] Kamerstuk 30 597, nr. 468.

Een zorgaanbieder kan – als rechtspersoon – op grond van artikel 2:9 BW eventuele schade verhalen op een bestuurder, wanneer er sprake is van onbehoorlijk bestuur en waarbij de bestuurder een ernstig verwijt kan worden gemaakt of nalatigheid kan worden verweten. Het is niet aan ons om vast te stellen of bestuurders persoonlijk verantwoordelijk zijn voor deze praktijken. De rechter stelt dat vast op grond van een zaak die door de raad van toezicht is aangespannen.

4. Functioneren en rol raad van toezicht

De commissie behoorlijk bestuur stelt dat de raad van toezicht als het ware de samenleving en de rechtstreeks betrokken burgers tegenover de raad van bestuur vertegenwoordigt. Dat impliceert dat de interne toezichthouder ook voelsprieten moet hebben in de maatschappij en goed kan aansturen op het maatschappelijk debat. De leden van de CDA-fractie lezen graag onze opvattingen hierover en vragen of wij van plan zijn dit laatste in de wet vast te leggen?

Wij zijn het eens met de analyse van de commissie Behoorlijk Bestuur dat de raad van toezicht zich ook bewust moet zijn van het publieke belang van een zorgaanbieder en de belangen van alle betrokkenen daarbij, waaronder die van de cliënten en het personeel. Wij zijn overigens van mening dat het belang van de instelling en het bredere, publieke belang niet met elkaar in tegenspraak hoeven te zijn. Goede kwaliteit van zorg is immers een publiek belang, en het bieden daarvan is essentieel voor het voortbestaan van een instelling. Zo zullen zorgverzekeraars hun zorg elders inkopen als de kwaliteit van verzekerde zorg niet op orde is.

Wij zijn terughoudend met aanvullende wettelijke vereisten. Met de commissie delen wij dat er sprake moet zijn van een cultuuromslag. Een structureel debat over de invulling van de rolverdeling tussen de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur en het stimuleren van een open bestuurscultuur is waar wij meer de nadruk op willen leggen.

De leden van de CDA-fractie vragen of wij van plan zijn in de wet vast te leggen dat de raad van toezicht er op moet toezien dat het bestuur zijn verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg en voor een ordelijke en controleerbare administratie waarmaakt en zich ervan verzekert dat hij voldoende zicht heeft op de financiële risico's. Zij vragen of wij van mening zijn dat dit voortvloeit uit de algemene toezichtstaak van de raad van toezicht. Zij vragen of de regels in de zorgbrede governancecode in dit kader niet voldoende zijn.

Wij willen op deze plaats nogmaals benadrukken dat wij afzien van een separaat wetsvoorstel goed bestuur, maar dat wij inzetten op verbeteringen in bestaande wetgeving zoals het verbeteren van medezeggenschap. Wij delen met de leden van de CDA-fractie dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg en voor een ordelijke en controleerbare administratie voortvloeit uit de algemene toezichttaak van de raad van toezicht.
De zorgbrede governancecode geeft duidelijk aan dat het toezicht op interne risicobeheersing- en controlesystemen tot de hoofdtaken van de interne toezichthouder behoort.
Tegelijkertijd zien wij dat dit niet altijd goed gaat, in het bijzonder wanneer de raad van toezicht zich in zijn informatieverzameling beperkt tot de informatie die de raad van bestuur verstrekt.
Ook het toezicht op de kwaliteit van zorg door de raad van toezicht is naar onze mening nog niet tot volle wasdom gekomen. Dat blijkt ook uit het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) van december 2013 met als titel «Garanties voor de Kwaliteit van Zorg». Dit rapport is

door de RVZ aan uw Kamer toegezonden.[16] De Raad signaleert dat interne toezichthouders op dit moment onvoldoende betrokken zijn bij de borging van de kwaliteit van zorg, en het toezicht op het kwaliteitsbeleid van de raad van bestuur: de raad van toezicht is op deze punten volgens de RVZ nog onvoldoende «in control».

Met de leden van de CDA-fractie zijn wij van mening dat een verbetering in functievervulling door de raad van toezicht niet zozeer moet komen vanuit regels, maar meer door een verandering van de bestuurscultuur, waarbij de raad van toezicht ook buiten de raad van bestuur om informatie opvraagt, bijvoorbeeld bij cliëntvertegenwoordigende organen. Ten aanzien van de financiële verantwoordelijkheid van de raad van toezicht, hebben wij met interesse kennis genomen van de voorstellen van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), die onlangs in haar rapport «van tweeluik naar driehoeken» een directe informatierelatie tussen de raad van toezicht en de controller bepleit. Deze laatste zou binnen grotere zorgaanbieders ook een onafhankelijkere positie moeten krijgen.[17] Wij nemen deze voorstellen mee in onze gesprekken met het veld en in de nadere uitwerking van onze agenda, die we in de loop van 2015 aan uw Kamer zullen sturen.

In de brief staat dat de raad van bestuur ervoor zorg draagt dat de raad van toezicht geen belemmeringen heeft in haar informatievergaring. De leden van de CDA-fractie willen meer duidelijkheid aan welke belemmeringen wij in dit geval denken. Zij vragen of in wetgeving zal worden vastgelegd dat de raad van bestuur de plicht krijgt om de raad van toezicht van alle noodzakelijke informatie te voorzien.

Wij zetten in op beperkte verbetering van bestaande wetgeving en op de versterking van bestaande en nieuwe initiatieven uit de zorgsector zelf, zoals methoden om de naleving van de zorgbrede governancecode te verbeteren. Wij hebben geconstateerd in gesprekken met interne toezichthouders en bestuurders dat interne toezichthouders bij zorgaanbieders zich vooral baseren op informatie die de raad van bestuur aanreikt. Daarbij speelt mogelijk een zekere handelingsverlegenheid, waarbij de toezichthouder niet het verwijt wil krijgen op de stoel van de bestuurder te gaan zitten. Het komt echter ook voor dat bestuurders de «vertrouwensvraag» stellen wanneer de toezichthouder zelfstandig informatie wil vergaren. Als de raad van toezicht ook goed tegenwicht wil bieden aan de bestuurder, moet zij ook op eigen initiatief informatie vergaren en informatie inwinnen bij anderen dan het bestuur. Dit is ook een van de uitgangspunten van het voorontwerp voor het Wetsvoorstel Bestuur en toezicht rechtspersonen van de Minister van Veiligheid en Justitie. Ook informatie-uitwisseling tussen IGZ en de interne toezichthouder kan bijdragen aan het bieden van het noodzakelijke tegenwicht. De zorgbrede governancecode geeft hier ook handvatten voor door aan te geven op welke terreinen informatie verstrekt zou moeten worden. Daarnaast richten de accreditatie- en professionaliseringstrajecten van de verenigingen van bestuurders en toezichthouders in de zorg zich ook nadrukkelijk op het verbeteren van de informatie uitwisseling tussen bestuurder en intern toezichthouder. Tijdens het AO IGZ op 30 oktober 2014 is aan uw Kamer toegezegd dat in overleg met het veld gewerkt zal worden aan een verankering en versterking van deze accreditatiesystemen. Wij zullen op korte termijn met het veld nader onderzoeken op welke wijze accreditatie kan worden opgenomen in de zorgbrede governancecode, waarbij er – op termijn – tevens een publiek register van geaccrediteerde bestuurders en intern toezichthouders kan worden

[16] RVZ, 2013.
[17] WRR, 2014.

opgezet. Het voordeel van opname in de zorgbrede governancecode is dat de IGZ deze veldnormen betrekt bij haar toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorginstellingen.

Wij denken dat een versterkte code, voorzien van onafhankelijke toetsing, bijdraagt aan een versterking van het interne toezicht. Het hanteren van de code is nu nog te vrijblijvend. Onafhankelijke toetsing kan inzicht geven hoe raden van bestuur de code toepassen en of raden van toezicht voldoende intensief betrokken zijn bij belangrijk besluiten.

De positie van de raad van toezicht wordt verder versterkt door een aanscherping van de regels in het Burgerlijk Wetboek (BW) voor bestuurders en toezichthouders van rechtspersonen, die de Minister van Veiligheid en Justitie eind 2013 heeft aangekondigd[18]. Eén van de voorgenomen maatregelen betreft de verplichting voor bestuurders om het toezichthoudend orgaan van een vereniging of stichting tijdig te informeren. Wij denken dat hiermee de interne toezichthouder voldoende middelen in handen heeft om zich te laten informeren.

De leden van de VVD-fractie hebben in de brief gelezen dat de raad van bestuur de raad van toezicht dient te betrekken bij besluiten die een grote impact op de zorgaanbieder hebben. Dit is niet altijd op voorhand te voorspellen. Kan de bedoelde reikwijdte van dit voornemen nader geduid worden, zo vragen deze leden. De leden van de CDA-fractie willen weten of wij hierbij nog steeds denken aan de besluiten die genoemd zijn in artikel 40, eerste lid, onder e van de Wet cliëntenrechten zorg of dat wij voornemens zijn andere besluiten te benoemen. Deze leden vragen of «betrekken» betekent dat de raad van toezicht goedkeuring aan deze besluiten dient te geven.

Bij beslissingen die een grote impact hebben op de zorgaanbieder denken we niet alleen aan de besluiten zoals genoemd door de leden van de CDA-fractie. In de zorgbrede governancecode staan verschillende zaken genoemd waarbij de raad van toezicht in ieder geval betrokken moet zijn. Het is echter primair aan de zorginstelling zelf – het onderlinge overleg tussen raad van bestuur en raad van toezicht – om deze zaken concreet te benoemen. Met de door de leden van de VVD-fractie aangehaalde formulering is ook niet bedoeld om bepaalde onderwerpen op voorhand uit te sluiten. In een concrete situatie kan een detail uitgroeien tot iets met een grote impact waarbij de raad van toezicht wel degelijk betrokken moet worden door de raad van bestuur. Een uitputtende lijst is dus niet te geven. In sommige gevallen bepalen de statuten welke besluiten expliciet door de raad van toezicht moeten worden goedgekeurd. Dat is een begin, want de raad van toezicht heeft zelf nadrukkelijk eigen verantwoordelijkheid en is in de positie om te bepalen bij welke besluiten zij betrokken wil worden. Waar het wat ons betreft om gaat, is dat raad van bestuur en raad van toezicht over de reikwijdte regelmatig en gestructureerd overleg hebben.
Of de raad van toezicht ook alle besluiten moet goedkeuren, is iets wat van geval tot geval kan verschillen. Goedkeuring is niet altijd noodzakelijk. Een advies van de raad van toezicht kan ook voldoende zijn. Belangrijk is wel dat de raad van bestuur het oordeel van de raad van toezicht meeneemt in het uiteindelijke besluit.

De leden van de D66-fractie constateren dat wij met betrekking tot raden van toezicht verplicht willen stellen dat die een diverse samenstelling behoren te hebben. Deze leden vragen wat wij hier precies onder verstaan

[18] Kamerstuk 33 750-VI, nr. 31.

en welke capaciteiten en kenmerken er volgens ons binnen de raad van toezicht minimaal aanwezig dienen te zijn.

Wij zijn niet van plan de diversiteit in de raad van toezicht voor te schrijven. Dat is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder zelf. Wel willen wij in gesprek met relevante organisaties in het veld, waaronder vertegenwoordigers van toezichthouders, nader verkennen op welke wijze diversiteit op verantwoorde wijze bevorderd kan worden.
Een raad van toezicht moet goed in staat zijn om de zorginstelling in al zijn facetten te controleren en scherp te houden. Het gaat daarbij om leden die breed maatschappelijk georiënteerd zijn, doordrongen zijn van de publieke belangen die zorginstellingen dienen, maar ook voldoende bedrijfseconomisch onderlegd zijn en bovendien verstand hebben van kwaliteit en veiligheid van zorg. Al deze disciplines zijn van belang voor de uitoefening van effectief toezicht. Ook is het van belang dat een raad van toezicht zich onafhankelijk van de raad van bestuur een oordeel vormt over het functioneren van de zorginstelling. Daarvoor is het ook nodig dat interne toezichthouders voeling hebben en onderhouden met wat er zich op de werkvloer van een instelling voordoet.

De positie van de Raad van toezicht wordt wel in de zorgbrede governancecode, maar niet in formele wetgeving omschreven. De commissie Halsema heeft gepleit voor een formele regeling van hun positie in het rechtspersonenrecht. De leden van de CDA-fractie willen graag onze opvattingen hierover horen.

In tegenstelling tot wat de leden van de CDA-fractie veronderstellen is de positie van de Raad van toezicht wel degelijk in de formele wetgeving omschreven. Zo bevat het Uitvoeringsbesluit WTZi bepalingen over de bestuursstructuur van zorginstellingen die zorg leveren die verzekerd is op grond van de ZVW en de AWBZ. Daarin is geregeld dat er een orgaan moet zijn dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat. Tevens is geregeld dat geen persoon tegelijk deel uit mag maken van het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding en dat het toezichthoudend orgaan zodanig is samengesteld dat de leden onafhankelijk en kritisch kunnen opereren. Tot slot dient de instelling de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het toezichthoudend orgaan en de raad van bestuur inzichtelijk vast te leggen en de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld.

Daarnaast gelden voor de zorg uiteraard ook de bepalingen uit Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Met het door de Minister van Veiligheid en Justitie aangekondigde Wetsvoorstel Bestuur en toezicht rechtspersonen zal worden voorzien in een wettelijke grondslag voor de instelling van een toezichthoudend orgaan bij deze rechtspersonen. Daarnaast regelt het wetsvoorstel dat verenigingen en stichtingen dezelfde regels gaan gelden als voor NV's en BV's, namelijk dat (i) bestuurders en toezichthouders zich bij de vervulling van hun taak moeten richten naar het belang van de rechtspersoon en de met die rechtspersoon verbonden organisatie, (ii) bestuurders en toezichthouders met een tegenstrijdig belang zich moeten onthouden van deelname aan de beraadslaging en besluitvorming, (iii) bestuurders en toezichthouders aansprakelijk kunnen zijn voor schade als gevolg van onbehoorlijke taakvervulling en (iv) in het geval van een faillissement dat in belangrijke mate is veroorzaakt door onbehoorlijke taakvervulling bestuurders en toezichthouders hoofdelijk aansprakelijk kunnen zijn voor een tekort in de boedel. Op deze manier wordt voldaan aan de aanbevelingen van de Commissie Halsema.

De leden van de PVV vragen of het niet veel te weinig is wanneer de raad van bestuur en de raad van toezicht slechts een maal per jaar overleggen? Zij vragen of overwogen om dit meerdere malen per jaar te laten zijn? Zo ja, waarom is daar niet voor gekozen? Zo nee, waarom is dat niet overwogen?

De frequentie van het overleg tussen een raad van bestuur en een raad van toezicht is een beslissing van zorgaanbieders zelf. Wij kunnen ons voorstellen dat een eenmalig overleg per jaar te weinig is voor goed toezicht, maar dat de frequentie in een groot ziekenhuis hoger ligt dan bij een kleine instelling. Daarom hebben wij ervoor gekozen om dit niet voor te schrijven.

Zoals wij in de brief goed bestuur hebben aangegeven vinden wij het belangrijk dat, naast functionele overleggen, de raad van bestuur en de raad van toezicht ook minstens één keer per jaar onderling in gesprek gaan over hoe zij elkaars rollen en verantwoordelijkheden zien en welke gezamenlijke waarden zij nastreven. Dit om te voorkomen dat er een verschillende rolopvatting tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht ontstaat, wat het risico met zich mee zou kunnen brengen dat situaties die daar om vragen door geen van beide raden worden opgepakt.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten of de aansprakelijkheidsstelling van de raad van toezicht ertoe kan leiden dat dit een afschrikwekkend effect heeft op potentiële leden. Het kan steeds moeilijker worden om mensen te vinden die bereid zijn lid te worden van een raad van toezicht. Deze leden vragen hoe wij hier tegenaan kijken.

In opdracht van het Ministerie van EZ is onlangs – onder begeleiding van de Ministeriële Commissie Vernieuwing Publieke Belangen (MC VPB) een arbeidsmarktonderzoek uitgevoerd rondom raden van toezicht in sectoren die een publiek belang dienen, waaronder ook de zorg.[19] Het onderzoek gaat onder meer in op welke aspecten van invloed zijn op motivatie en beslissing van geïnteresseerden om toezichthouder te worden of te blijven. Het onderzoek concludeert dat door de overheid genomen maatregelen op het terrein van Goed Bestuur geen effect hebben gehad op het aanbod aan potentiële toezichthouders.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe wij het risico inschatten dat door de aanscherping van de aansprakelijkheid de verzekeringspremies voor toezichthouders fors zullen toenemen, wat ten laste kan gaan van het primaire proces.

Toezichthouders die hun taak naar eer en geweten vervullen, hebben niets te vrezen. Daaraan veranderen de nieuwe regels niets. Deze verzekeringen bieden in de regel geen dekking voor ernstig verwijtbaar handelen en onrechtmatig of strafbaar handelen. Een stijging van de premies voor een zogenaamde verzekering tegen Bestuurders- en toezichthouders aansprakelijkheid (BTA) louter naar aanleiding van de nieuwe regels zou dan ook niet gerechtvaardigd zijn.

In de brief Goed bestuur stond dat bestuurders en toezichthouders in de afgelopen jaren een belangrijke professionaliseringsslag hebben gemaakt. De leden van de SP-fractie willen weten wat er met deze professionalise-

[19] A. Gelderblom, J. de Koning, T. Viertelhausen, K. Weistra en S. van de Veerdonk (2014), *De arbeidsmarkt van interne toezichthouders onder de loep*, Rotterdam: SEOR/Ecorys; http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ez/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/11/13/eindrapport-de-arbeidsmarkt-van-interne-toezichthouders-onder-de-loep.html.

ringsslag wordt bedoeld en willen graag een lijst met inspanningen die er schijnbaar zijn gepleegd op bestuurlijk niveau.

De toegenomen aandacht voor de rol van bestuurders en toezichthouders in de zorg heeft er in de afgelopen jaren, vaak in combinatie met gesignaleerde problemen in individuele instellingen, toe geleid dat de sector meer dan vroeger de discussie voert over goed bestuur en goed (intern) toezicht. Hieronder geven wij – in antwoord op de vraag van de leden van de SP – een bloemlezing van initiatieven door het veld op het terrein van goed bestuur.

De Zorgbrede governancecode wordt volgens de BoZ nageleefd door nagenoeg alle zorgaanbieders die bij de verschillende brancheorganisaties in de zorg zijn aangesloten.[20] Het naleven van de code geldt als verplichting voor het lidmaatschap van deze organisaties. De code werd in 2006 van kracht en is in 2010 verder uitgebreid. Naast de Zorgbrede Governance Code heeft de Nederlandse Vereniging voor Bestuurders in de Zorg (NVZD) een gedragscode opgesteld gericht op het persoonlijk handelen van bestuurders. De NVZD heeft samen met de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) in 2009 een beloningscode voor bestuurders ingevoerd, welke in 2012 verder is verduidelijkt. Door inwerkingtreding van de ministeriële regeling ex WNT voor gedifferentieerde normen, die zich ook op de BBZ heeft gebaseerd, vormt die nu het normenkader. [21]

Daarnaast heeft de NVZD afgelopen jaar een accreditatiesysteem opgezet om de vakontwikkeling van de individuele bestuurders inzichtelijk te maken. Bestuurders kunnen een ontwikkelingstraject doorlopen en zich na afloop laten accrediteren door de NVZD, wat een vorm van erkenning biedt voor bestuurdersprofessionaliteit. Deze accreditatie zal periodiek worden bijgewerkt. Zoals tijdens het AO IGZ op 30 oktober aan uw Kamer is toegezegd, zal bovendien in overleg met het veld gewerkt worden aan een verankering en versterking van dit accreditatiesysteem ter verbetering van de kwaliteit van bestuurders in de zorg. Wij zullen op korte termijn met de relevantie organisaties in het veld nader onderzoeken op welke wijze accreditatie kan worden opgenomen in de zorgbrede governancecode, waarbij er – op termijn – tevens een publiek register van geaccrediteerde bestuurders en intern toezichthouders kan worden opgezet.

De NVZD heeft ook een academie opgezet. Deze online leeromgeving biedt bestuurders een scholingsaanbod en de mogelijkheid tot het uitwisselen van best-practices.
De NVTZ heeft, samen met de BoZ en enkele andere partners, de toolkit toezicht gezondheidszorg ontwikkeld, welke bedoeld is als checklist en naslagwerk voor toezichthouders in de zorg. Ook is de NVTZ een traject gestart voor verdere professionalisering van toezichthouders. Hierbij is via een proces van brede consultatie onder leiding van voormalig Nationaal Ombudsman Brenninkmeijer gewerkt aan een beroepsprofiel en norm voor een *«toezichthouder 2.0.2.0.»*, alsook aan nadere adviezen op het gebied van onder meer werving, selectie, opleiding, reflectie en evaluatie.

---

[20] Het gaat hier om de brancheorganisaties die lid zijn van de vereniging Brancheorganisaties Zorg: Actiz, GGZ Nederland, NVZ en VGN en de NFU.

[21] Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 november 2013, kenmerk MEVA-170829–113368, houdende vaststelling van de indeling van de zorgsector in klassen met daarbij behorende bezoldigingsmaxima (Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg- en welzijnssector).

5. Toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Tijdens het AO IGZ van 30 oktober jongstleden heeft uw Kamer gevraagd hoe het handhavinginstrumentarium van de IGZ eruit ziet als het bestuur van een zorginstelling niet goed functioneert en wat kan daaraan worden verbeterd.

Met betrekking tot het toezicht op het bestuur van zorginstellingen kan de IGZ al veel en doet ook steeds meer. Dat is ook de conclusie van de landsadvocaat die de mogelijkheden tot bestuurlijke ondertoezichtstelling in het overheidstoezicht heeft onderzocht, zoals op 20 december 2013 aan uw Kamer is gemeld[22] De IGZ kan hierbij vooral handelen op basis van de Kwaliteitswet en de WTZi, en oefent al regelmatig met succes druk uit op bestuurlijke niveau door middel van het instellen van verscherpt toezicht (VT), het in spoedeisende situaties geven van een bevel of het opleggen van bestuurlijke boetes, dwangsommen of last onder bestuursdwang.

De IGZ kan goed bestuur en de normen van de zorgbrede governancecode nog meer bij het reguliere toezicht op instellingen betrekken dan ze nu al doet. De inspectie heeft t governance een hoge prioriteit gegeven in haar werkprogramma 2015. Dat past ook bij een risicogerichte benadering van toezicht. Indien instellingen zelf over effectieve checks en balances beschikken in hun interne organisatie is daarmee immers ook de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg beter geborgd. De IGZ zal Raden van Toezicht vaker aanspreken op hun toezichthoudende rol vanuit kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Daarnaast gaan wij, in navolging van het genoemde rapport van de Landsadvocaat, een beleidskader opstellen voor een actiever gebruik van de aanwijzingsbevoegdheid die de Minister van VWS kan inzetten op grond van de kwaliteitswet. Dit beleidskader zal in de loop van 2015 aan uw Kamer worden toegezonden.

Gelet op de veranderingen in de zorg, en op basis van het toegezegde beleidskader, gaat de IGZ haar Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid verder aanscherpen en zal zij hieraan een concreet toetsingskader toevoegen. Hierin zal de IGZ aangeven op welke wijze zij oordeelt als door bestuurlijk handelen een risico ontstaat voor de kwaliteit en/of veiligheid van de zorg en welke handhavingsinstrumenten zij daarbij kan inzetten.
De zorgbrede governancecode wordt meer als veldnorm door de IGZ gehanteerd en zal via die weg voor alle instellingen in de zorg gaan gelden.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het toezicht van de IGZ zich verhoudt tot het uitoefenen van het toezicht door de raad van toezicht.

De verantwoordelijkheid voor het goed inrichten van de bestuur- en interne toezichtstructuur ligt primair bij de zorgaanbieder zelf. De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor alles wat de zorgaanbieder doet en levert en is rechtstreeks aanspreekbaar op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De raad van toezicht controleert de raad van bestuur op wat het bestuur doet en toestaat en ziet expliciet toe op de wijze waarop het bestuur kwaliteit en veiligheid van zorg waarborgt en faciliteert. De raad van toezicht dient de raad van bestuur aan te spreken wanneer er zaken niet goed gaan. De inspectie ziet goed bestuur en intern toezicht als een belangrijke randvoorwaarde voor het leveren van verantwoorde zorg. Uitgangspunt is dat het bestuur van een zorginstelling eindverantwoor-

[22] Kamerstuk 32 012, nr. 17

delijk is voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en dat de organisatie over effectieve checks and balances beschikt op dit vlak, zoals een goed functioneren kwaliteits- en veiligheidssysteem. Het toezicht van de IGZ krijgt vorm op basis van het:

– Het *Toezichtkader bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid.* Aan dat kader gaat de IGZ een concreet toetsingskader toevoegen. Hierin geeft de IGZ aan op welke wijze zij oordeelt als door bestuurlijk handelen een risico ontstaat voor de kwaliteit en/of veiligheid van de zorg en welke handhavingsinstrumenten zij daarbij kan inzetten;
– De *Zorgbrede Governancecode 2010* van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) die de inspectie daarbij als veldnorm betrekt en
– De relevante wetgeving waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) en de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) op basis waarvan de IGZ handhavend kan optreden wanneer bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid in het geding is.

Daar waar het samenspel tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht naar behoren werkt en beide organen in voldoende mate hun verantwoordelijkheid nemen, zal de IGZ op het gebied van goed bestuur mogelijk minder frequent toezicht hoeven te houden. Ook zal de kwaliteit van zorgverlening verbeteren, omdat het corrigerend vermogen van de zorgaanbieder wordt vergroot. Goed bestuur in instellingen kan tot verlichting van de capaciteit van de IGZ op andere terreinen leiden.

Daar waar de IGZ constateert dat de relatie tussen de raad van bestuur en de interne toezichthouder aan professionaliteit kan winnen, zal zij niet schromen daar in haar reguliere toezicht gepaste aandacht aan te schenken. Daarbij hoort wat ons betreft ook dat de IGZ de interne toezichthouder nadrukkelijk betrekt bij haar toezicht. De IGZ zal bijvoorbeeld tijdens inspectiebezoeken ook met de raad van toezicht spreken. Ook zal de IGZ – indien dat aan de orde is – extra waakzaamheid vragen van raden van toezicht op bepaalde algemeen geldende speer- dan wel aandachtspunten. Zo kan de IGZ in haar toezicht de raad van toezicht nadrukkelijker aanspreken.

De leden van de SP-fractie vragen waarom wij steeds meer geneigd zijn om overheidstoezicht op kwaliteit en daarmee ook op het bestuur in de zorg op afstand te plaatsen.

Van een neiging om overheidstoezicht op kwaliteit en daarmee ook op het bestuur in de zorg op afstand te plaatsen is geen sprake. Integendeel, met het wetsvoorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) benadrukken wij andermaal de eindverantwoordelijkheid van het bestuur voor goede zorgverlening. Met de beantwoording van de vragen van uw Kamer geven wij onze visie op goed bestuur binnen zorgaanbieders en wie daarvoor verantwoordelijk is. Dit is in de eerste plaats de zorgaanbieder zelf, samen met de interne toezichthouder en de medezeggenschapsorganen. Ieder vanuit hun eigen taak. Wanneer de goede zorgverlening en de patiëntveiligheid in het geding is, is er een taak voor de IGZ weg gelegd. Het is aan haar om dan de afweging te maken om al dan niet handhavend op te treden. Met het hanteren van de zorgbrede governancecode voor de hele sector wordt juist de vrijblijvendheid achter ons gelaten. Er zal daadwerkelijk handhavend worden opgetreden als de code wordt genegeerd.

De leden van de SP-fractie signaleren dat wij in onze brief van 19 september 2013 de controle op kwaliteit in handen willen leggen van banken door te stellen dat «zij zich zullen vergewissen van de checks and balances binnen een zorgaanbieder». Controle door de overheid zouden

wij slechts beschouwen als een «sluitstuk». De leden van de SP-fractie vragen ons of wij de controle op kwaliteit door de overheid werkelijk als een sluitstuk betitelen.

Kwaliteit van bestuur van een zorgaanbieder wordt voor een belangrijk deel juist bepaald door ingebouwde «checks and balances», zowel binnen als rondom een instelling. In de aanpak die wij in deze beantwoording uiteenzetten, stellen wij bijvoorbeeld extra waarborgen ter verbetering van de medezeggenschap en inbreng van de patiënt in het beleid van een zorgaanbieder. «Checks and balances» zijn ook in de zorgsector als geheel van groot belang. Daarnaast denken wij dat externe actoren zoals banken, maar ook zorgverzekeraars een rol kunnen spelen in het scherp houden van bestuurders van instellingen. Deze vormen van toezicht en «bemoeienis» zijn aanvullend op het externe overheidstoezicht. Tegen die achtergrond moet de zin in onze brief van 19 september 2013 met betrekking tot de controle van de overheid als sluitstuk worden gelezen.

De leden van de VVD-fractie vragen in het kader van de aanvullende mogelijkheid voor de IGZ om ook op te treden nadat een overtreding van de wet is beëindigd, of de inspectie pas mag optreden nadat een aanbieder herhaaldelijk de wet heeft overtreden of dat zij dit direct kan na de eerste keer? De leden van fracties van het CDA en D66 vragen met welke waarborgen en termijnen de aanvullende mogelijkheid wordt geven om ook op te treden nadat een overtreding van de wet is beëindigd. Ook vragen de leden of de IGZ voldoende capaciteit heeft om deze taak uit te voeren en over welke vertrouwelijke gegevens van zorgaanbieders mag de IGZ beschikken?

Aangrijpingspunt voor het toezicht van de IGZ, is de kwaliteit van de zorg. Als de IGZ constateert dat de kwaliteit van zorg niet voldoet aan de gestelde eisen, grijpt zij in. Kwaliteit van de zorg hangt samen met de kwaliteit van het bestuur van de instelling. Daarnaast is het toezicht op het bestuur en de naleving van de code een taak van de IGZ.

De inspectie handhaaft op basis van risico's. In antwoord op de capaciteitsvraag van de leden van de CDA-fractie geven wij aan dat de meeste capaciteit van de IGZ uitgaat naar de grootste risico's voor de kwaliteit van zorg. Deze inschatting maakt de IGZ jaarlijks bij het opstellen van haar werkprogramma. Doel van de handhaving is de naleving van wetten, regels, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden te verhogen, daardoor risico's op gezondheidsschade te verminderen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. In het algemeen zal de inspectie kiezen voor het type maatregel dat in de gegeven situatie het meest doelgericht is: een lichte maatregel waar het kan en zwaardere waar dat nodig is.
In antwoord op de vraag van de leden van de VVD fractie over ingrijpen van de IGZ na beëindiging van de overtreding. Het kan zijn dat een directe overtreding is beëindigd, maar dat de IGZ daarin toch een risico ziet voor de kwaliteit van zorg. Het is aan de IGZ om in te schatten wanneer dat het geval is. Zolang de IGZ van oordeel is dat de kwaliteit van zorg in het geding is, is ingrijpen van de IGZ geoorloofd en nodig. Naar aanleiding van de vraag van de leden van de CDA-fractie over de waarborgen en termijnen verwijzen wij naar het handhavingkader van de IGZ[23]. Daarin staat uitgelegd wanneer en hoe de IGZ haar handhavinginstrumenten inzet.

De leden van de PvdA-fractie stellen dat iedere norm vatbaar moet zijn voor handhaving en vragen om verduidelijking van het handhaven op de generieke resultaatsnorm. Ook merken deze leden op dat de IGZ toeziet

[23] http://www.igz.nl/zoeken/document.aspx?doc=IGZ+Handhavingskader&docid=1562.

op de invulling van de resultaatsnorm en de aanvullende verplichtingen en vragen of de inspectie voldoende capaciteit heeft om hier goed op toe te zien. Voorts vragen de leden welke prioriteit het toezicht op de governance van zorginstellingen in de praktijk zal hebben, wat dit voor gevolg heeft voor de handhaving en wat hieromtrent de waarborgen zijn. De leden van D66 vragen bovendien hoeveel inspecteurs de IGZ zal inzetten voor het toezicht op de resultaatsnormen.

Hoewel wij vooralsnog geen wettelijk vastgestelde generieke resultaatsnorm op het gebied van bestuur en intern toezicht nastreven, zullen de voorstellen op het terrein van goed bestuur een beslag op de toezichtcapaciteit doen. De IGZ ziet toe op de veldnormen uit de *Zorgbrede Governancecode*. Wij vragen de IGZ om de wijze waarop zij toezicht houdt op naleving van governance code nader te expliciteren in haar *Toezichtkader Bestuurlijke Verantwoordelijkheid voor Kwaliteit en Veiligheid.* De IGZ heeft toezicht op governance benoemen tot één van haar speerpunten voor dit jaar.

Wij gaan er van uit dat de toezichtstaken als gevolg van deze voorstellen binnen de bestaande capaciteit van de IGZ kunnen worden opgevangen. Op termijn ligt in de lijn der verwachting dat een instelling met een goed functionerend bestuur en intern toezicht en met een cliëntvertegenwoordigend orgaan die adequate rol kan spelen, betere voorwaarden heeft om uiteindelijk ook goede en veilige zorg te leveren waar cliënten tevreden over zijn.

De leden van de SP-fractie wijzen op de opvatting van hoogleraar Klein, dat de veiligheid van patiënten moet worden gewaarborgd wanneer er sprake is van calamiteiten. De leden van de SP-fractie vragen zich af waarom, als sprake is van een calamiteit, de zorgaanbieder eerst zelf moet aantonen dat de zorg gewaarborgd is.

Met hoogleraar Klein zijn wij van mening dat de veiligheid van patiënten moet worden gewaarborgd wanneer er sprake is van calamiteiten.
Als een zorgaanbieder overeenkomstig de Kwaliteitswet zorginstellingen een calamiteit meldt bij de IGZ is het uitgangspunt van de Leidraad meldingen IGZ 2013 dat de IGZ de zorgaanbieder vraagt zelf onderzoek te doen naar aanleiding van de calamiteit. Met dat onderzoek moet de zorgaanbieder aantonen dat de zorg gewaarborgd is, maar ook kijken wat de oorzaak is van de calamiteit en welke maatregelen nodig zijn. Dit gelet op het vergroten van het lerend vermogen van de zorgaanbieder. De Leidraad stelt eisen aan het onderzoek door de zorgaanbieder en de IGZ ziet hierop toe. Als de zorgaanbieder het onderzoek dus niet goed uitvoert of vreemde conclusies trekt, dan zal de IGZ daar actie op ondernemen. De aard van de melding of andere informatie over de zorgaanbieder kan voor de IGZ overigens aanleiding zijn om te besluiten zelf onderzoek te doen. Wanneer blijkt dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg onvoldoende geborgd is, treedt de IGZ handhavend op.

De leden van den D66 fractie vragen hoe de IGZ haar kennis op het gebied van governance zal vergroten.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet goed bestuur, waaronder goed intern toezicht, als een belangrijke randvoorwaarde voor het leveren van verantwoorde zorg en betrekt dit dan ook sinds enkele jaren bij haar reguliere toezicht. Zo worden de IGZ inspectieteams versterkt met externe expertise op het gebied van governance. De IGZ heeft toezicht op goed bestuur als speerpunt benoemd voor 2015. De IGZ zal op dit terrein verder specifieke kennis en ervaring op doen. Daarnaast is de IGZ betrokken bij de Academische Werkplaats Toezicht waarbinnen kennisontwikkeling op

het gebied van toezicht wordt gestimuleerd. Governance zal daarbij worden meegenomen.

6. Zorginkoop, kwaliteit en de rol van zorgverzekeraars

De leden van de PvdA-fractie begrijpen de redenering dat wanneer zorgaanbieders, kwalitatief of financieel onder de maat presteren, er minder bij hen zal worden ingekocht en dat dit kan leiden tot financiële problemen en een eventueel faillissement. Zij zijn echter van mening dat er momenteel slechts beperkt inzicht is in de kwaliteit van de geleverde zorg en de kwaliteit van het bestuur en dat inkoop op deze criteria meer een wensgedachte is dan realiteit. De stelling dat zorgverzekeraars, banken en overige financiers vanuit hun verschillende rollen zich daarom vergewissen van de «checks en balances» binnen een zorgaanbieder, vinden zij op zichzelf dan ook niet geloofwaardig. Deze leden van de PvdA-fractie zouden voorbeelden willen krijgen waarin zorgaanbieders, door kwalitatief of financieel onder de maat te presteren, geconfronteerd werden met een daling van de zorginkoop.
Eenzelfde soort vraag stellen de leden van de SP-fractie. Deze leden betogen dat wij blind varen op marktwerking door te stellen dat bij zorgaanbieders die kwalitatief of financieel onder de maat presteren minder ingekocht zal worden. Waar is de gedachte dat hierdoor opeens een goede bestuurder opstaat op gebaseerd, zo vragen deze leden? Zij vragen ons of wij erkennen dat wij toezicht op kwaliteit van zorg en bestuur in handen leggen van de inkopers van zorg, terwijl deze ook afhankelijk zijn van (grote) zorginstellingen om te voldoen aan hun zorgplicht. Deze leden vragen welke garantie wij hebben op het afstraffend vermogen van de markt. Ten slotte vragen deze leden of wij niet zien dat het bestuurlijke matras in de zorgsector weinig tot geen zelfreinigend vermogen kent, omdat falende bestuurders vrolijk elders weer een (dure) bestuurdersbetrekking krijgen aangeboden, aldus de leden van de SP-fractie.

Met de leden van de PvdA-fractie zijn wij het eens dat kwaliteitsinformatie voor patiënten en cliënten over specifieke zorgaanbieders nog te beperkt beschikbaar is. Dat moet snel veranderen. Om dat te bereiken hebben wij u op 18 juli 2014 het stappenplan transparantie van kwaliteit gestuurd[24]. Daarin hebben wij onder andere aangegeven dat wij ZiNL hebben gevraagd om de opname van bruikbare kwaliteitsindicatoren in het Register van het kwaliteitsinstituut te versnellen. Deze maand ontvangt u de agenda met als doel de versnelling van die transparantie. Daarnaast is het zo dat zorgverzekeraars in toenemende mate (uiteenlopende) indicatoren over kwaliteit opvragen bij zorgaanbieders. Zij beschikken over omvangrijke datasets waar veel informatie over kwaliteit uit te halen is. Het is dus niet zo dat kwaliteit van zorg voor zorgverzekeraars een complete «black box» is.

Van blindvaren op marktwerking, zoals de leden van de SP-fractie veronderstellen, is geen sprake. Aan de orde is competitie tussen aanbieders die zorgt voor de beste zorg tegen de scherpste prijs. Dat proces is omgeven met wettelijke waarborgen in bijvoorbeeld de Kwaliteitswet, de WTZi, de ZVW, de AWBZ en de WMG. De IGZ houdt als publieke toezichthouder toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De (private) inkoper doet dat niet. De inkoper zal zich wel een oordeel willen vormen over de kwaliteit van de zorg die hij inkoopt al was het maar om te kunnen bepalen of die kwaliteit bij een andere aanbieder wellicht beter is. Dat is een element van genoemde competitie.

---

[24] Kamerstuk 31 765, nr. 93.

Zorgaanbieders die kwalitatief of financieel onder de maat presteren worden geconfronteerd met teruglopende vraag omdat verzekeraars/ cliënten voor andere zorgaanbieders kiezen. Zo hanteren zorgkantoren in de langdurige zorg het geld-volgt-patiënt principe. Dat betekent dat als een zorgaanbieder minder patiënten krijgt er ook minder ingekocht wordt. In de curatieve zorg kopen zorgverzekeraars zorg in op basis van prijs en kwaliteit. Een concreet voorbeeld van verminderde zorginkoop door kwaliteitsverlies betreft het Maasstad Ziekenhuis, dat in 2010 te maken kreeg met een uitbraak van de Klebsellabacterie. Het jaarverslag over 2011 van dit ziekenhuis vermeldt dat: «Effecten van de uitbraak van de Klebsellabacterie zijn terug te vinden in de productie in A-en B-segment». Datzelfde geldt ook voor het Ruwaard van Putten Ziekenhuis, nadat er problemen waren ontstaan op de afdeling cardiologie en voor de Sionsberg nadat de IGZ hen onder verscherpt toezicht had geplaatst omdat de kwaliteit onvoldoende was.

Het feit dat bestuurders risico lopen dat er minder zorg wordt ingekocht indien zij zelf niet goed presteren, draagt bij aan een prikkel voor bestuurders om beter te presteren. Wij verwachten van bestuurders dat wanneer iemand een fout maakt, hij of zij daarvan leert en zelfs extra alert is op het voorkomen van een dergelijke fout in de toekomst. Het is primair aan de interne toezichthouder om daarop toe te zien, terwijl ook andere zoals het cliëntvertegenwoordigend orgaan, de ondernemingsraad en de bank hun rollen met betrekking tot het toezicht goed uitvoeren. Dit betekent volgens ons niet, zoals de leden van de SP-fractie vragen, dat alle bestuurders die ooit eerder in de fout zijn gegaan, nooit meer een bestuurlijke baan bij een zorginstelling zouden moeten kunnen krijgen. Wel vinden we het belangrijk dat raden van toezicht zich goed vergewissen van de achtergrond van een bestuurder.

De leden van de SP-fractie vragen of wij werkelijk van mening zijn dat zorgverzekeraars en banken kwaliteitsregels zullen stellen. Zij vragen zich af of het niet zo is dat juist zorgverzekeraars en banken uit zijn op een zo goed mogelijk eigen rendement, iets wat de kwaliteit ook kan aantasten.

Wanneer zorgaanbieders geen goede kwaliteit bieden, zullen patiënten geen zorg meer willen afnemen bij die aanbieder. Een bank ziet dan het rendement op zijn investering ook dalen. Verzekeraars lopen aansluitend ook nog het risico dat verzekerden bij hen weglopen, omdat zij zorg inkopen die niet van goede kwaliteit is. Daardoor kan de zorginstelling in financiële problemen raken. Hierbij hebben noch de verzekeraars noch de banken baat. Dat maakt dat ook voor verzekeraars en banken er zeker een prikkel is om te kijken naar de kwaliteit van de zorg. Zorgverzekeraars hanteren daar waar zij selectief inkopen in toenemende mate kwaliteitsregels. Ook banken hanteren bij de beoordeling van investeringsvoorstellen of financieringsaanvragen allerlei criteria. Kwaliteit van het bestuur is er daar een van, naast kengetallen voor exploitatie en financiële soliditeit.

Ook vragen de leden van de SP-fractie waar wij ons vertrouwen in de marktwerking op baseren gezien de lange lijst aan incidenten en slechte zorg. Deze leden vragen of wij een lijst met concrete voorbeelden kunnen overleggen waarbij duidelijk is geworden dat marktpartijen op een onbaatzuchtige manier beter bestuur hebben afgedwongen.

Wij hebben niet de illusie dat incidenten in de zorg geheel kunnen worden uitgebannen. Onafhankelijk van welk gekozen stelsel dan ook, zullen er zich voorbeelden blijven voordoen waarin zorg niet op het geëigende niveau wordt geleverd. Het gaat er wel om hoe met dergelijke incidenten wordt omgegaan en of zij worden gesignaleerd, opgevangen, hersteld en

voorkomen. Partijen uit het veld (zorgaanbieders, verzekeraars en banken) hebben in geval van de Zonnehuizen, GGZ West Noord Brabant en het Ruwaard van Puttenziekenhuis gezorgd voor continuïteit van zorg en voor aanpassing van de bedrijfsvoering aan de nieuwe omstandigheden. Zij deden dat ieder vanuit hun eigen belang en verantwoordelijkheid. Onbaatzuchtigheid is dan ook een begrip dat niet past in deze context. Zorg op maat, menselijk contact en samenwerking nadrukkelijk wel.

Genoemde leden van de fractie van de PvdA vragen hoe selectief inkopen en het opleggen van een sanctie zich tot elkaar verhouden.

Het is van belang om selectief inkopen nadrukkelijk te onderscheiden van het opleggen van een sanctie. Selectief inkopen betekent dat sommige verrichtingen die door een bepaalde zorgaanbieder worden aangeboden, niet meer worden ingekocht door de verzekeraar. Niet als straf maar omdat een andere instelling de betreffende verrichtingen kwalitatief beter of goedkoper kan leveren. Zowel van de dreiging van een sanctie als het weglopen van een verzekeraar gaat wel een afschrikwekkende werking uit.

De leden van de CDA-fractie zijn ook benieuwd naar onze opvatting of de controle op de governance van zorgverzekeraars voldoende sterk is en of niet ook een aanscherping van goed bestuur bij zorgverzekeraars noodzakelijk is.

Zorgverzekeraars vallen onder de bepalingen van de Wet financieel toezicht. Dit betekent dat voor hen uitgebreide en relatief zware governancebepalingen gelden. Zo voert De Nederlandsche Bank (DNB) een betrouwbaarheid- en geschiktheidtoets uit bij bestuurders van een zorgverzekeraar voordat zij tot een raad van bestuur kunnen toetreden. De Raad voor de Volksgezondheid en zorg (RVZ) heeft kort geleden een advies uitgebracht met als titel: «De stem van verzekerden – Advies over de legitimiteit en de governance van zorgverzekeraars».[25] In dit rapport concludeert de RVZ dat de invloed van verzekerden op het beleid en de zorginkoop van zorgverzekeraars verbeterd zou moeten worden en doet hiertoe een aantal aanbevelingen. Daarnaast is er recentelijk in verschillende debatten in de Tweede en Eerste Kamer aandacht gevraagd voor nadere invulling van de verzekerdeninvloed bij zorgverzekeraars, bijvoorbeeld via de mogelijkheid die Art. 28.2 van de zorgverzekeringswet daartoe biedt. Wij zullen onderzoeken of er een noodzaak bestaat tot het stellen van nadere regels met betrekking tot de governance van zorgverzekeraars.

De leden van de CDA-fractie hebben vastgesteld dat in de brief Goed bestuur staat opgenomen dat wij het van belang achten dat de verzekeraar zich ook meer dan nu vergewist van de checks and balances binnen een zorgaanbieder. Zij vragen hoe wij ons deze bemoeienis voorstellen. Zij vragen of dit betekent dat de zorgverzekeraar zich kan bemoeien met de interne organisatiestructuur van de zorgaanbieder. Indien dit het geval is, dan willen deze leden weten waarom wij dit wenselijk vinden.

Interne checks and balances zijn voor het goed en afgewogen functioneren van een zorgaanbieder van groot belang. Zij voorkomen dat één deelbelang de overhand krijgt. Een gebrek aan interne checks and balances kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg of de continuïteit van zorgverlening. De zorgverzekeraar kan daar vanzelfsprekend zijn zorgen over uiten en deze zorgen eventueel bij de contractonderhandelingen inbrengen. Wij zien daarbij vooral een signalerende rol voor de

[25] RVZ (2014).

verzekeraar en niet – zoals de leden van de CDA-fractie veronderstellen – een actieve rol in de organisatiestructuur.

7. Financieel normenkader en bedrijfsvoering

De leden van de PvdA-fractie zijn verder verheugd dat bij het uitwerken van het wetsvoorstel goed bestuur in de zorg ook gekeken wordt naar sector overstijgende lessen voor financieel beheer, verantwoording en toezicht voor instellingen die een publiek belang dienen, zoals aangekondigd in de miljoenennota 2014 (paragraaf 4.7). Zij zouden graag willen weten welke sectoren hierbij betrokken worden en hoe «best practices» alsook «worst practices» betrokken worden bij de uitwerking hiervan.

Op 27 november 2013 heeft de Minister van Financiën namens het kabinet het normenkader financieel beheer en toezicht aan uw Kamer gestuurd.[26] Dit kader is van toepassing op instellingen met een publiek belang. Het kader bevat een aantal uitgangspunten en principes met betrekking tot de verantwoordelijkheden van het bestuur en de organisatie voor sober en ordentelijk financieel beheer, voor verantwoording en voor de naleving van codes. Daarnaast is een aantal kernelementen van goed financieel beheer opgenomen waardoor de instellingen zelf goed *in control* kunnen zijn, meer toekomst- en risicogericht kunnen handelen en zich transparant kunnen verantwoorden. Het kabinet is van mening dat de inhoud van het normenkader tot het normale gedachtegoed van bestuurders en toezichthouders moet behoren bij instellingen die een publiek belang dienen.

Wij bekijken nog op welke wijze en welke van de normen voor financieel beheer en financieel toezicht, zoals uiteengezet door het kabinet, onder de aandacht van de zorginstellingen zullen worden gebracht. Daarbij wordt ook bezien hoe «best» alsmede «worst practices» betrokken kunnen worden.

Daarnaast zijn wij voornemens om in overeenstemming met het Beleidskader Derivaten, waarin beleidsregels zijn vastgelegd met betrekking tot het gebruik van financiële derivaten door (semi-) publieke instellingen, te komen met een wettelijk verbod op enkele ongewenste financiële derivaten. [27] Dit zal onder andere worden geregeld door in de WTZi een voorziening te treffen. Hierover zal uw Kamer afzonderlijk geïnformeerd worden. Zoals in de begeleidende brief bij dit VSO al is gemeld, is deze wijziging later voorzien dan door de Minister van Financiën aangekondigd in de brief van 22 september 2014 over de sectorale uitwerking van het derivatenkader.

De commissie Behoorlijk Bestuur heeft ook uitgesproken opvattingen over «schatkistbankieren». De leden van de CDA-fractie zijn benieuwd hoe wij tegenover de opvatting van de commissie staan dat bestuurders en toezichthouders kunnen en moeten besluiten tot «schatkistbankieren».

De aanbeveling om instellingen die een publiek belang dienen verplicht te laten schatkistbankieren zou van deze instellingen vergen dat zij een strikte scheiding aanbrengen in publieke en marktactiviteiten. Dat is veelal ongewenst. Overigens kunnen alleen rechtspersonen met een wettelijke taak op grond van de Comptabiliteitswet worden aangewezen voor schatkistbankieren. Schatkistbankieren is voor deze instellingen ook niet nodig omdat er al een Waarborgfonds is.

[26] Kamerstuk 33 822, nr. 1.
[27] Kamerstuk 33 489, nr. 14.

De leden van de CDA-fractie vragen vervolgens hoe wij aankijken tegen de opvatting van de commissie Halsema dat zowel het financiële als het kwaliteitstoezicht meer geïntegreerd en dichter onder de verantwoordelijkheid van de desbetreffende Minister wordt gebracht? Deze leden vragen hoe wij dit gaan vormgeven en of wij voorstander zijn van financieel toezicht op zorginstellingen.

In de zorgsector ligt het extern toezicht op het financieel beheer van zorgaanbieders primair bij de externe accountant, die over bevindingen rapporteert aan de Raad van Toezicht van zorginstellingen. Het belang van goed financieel beheer ligt dus bij de instellingen zelf, daarbij ook gestimuleerd en kritisch gevolgd door partijen als zorgverzekeraars, banken en overige financiers. Op grond van artikel 16 WMG is de Nederlandse zorgautoriteit belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars en het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door onder meer de AWBZ-verzekeraars.

De commissie Behoorlijk Bestuur benadrukt ook het belang van een goede meerjarenbegroting. Maar wat is de meerwaarde van een meerjarenbegroting als een zorgverzekeraar tientallen procenten korting aan zorginstellingen kan opleggen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Het belang van een goede meerjarenbegroting spreekt voor zich. Onderdeel van een goede bedrijfsvoering is natuurlijk ook dat men voorbereid is op tegenvallers. Lagere productieafspraken met verzekeraars kunnen een tegenvaller zijn waarop men zich moet voorbereiden.

8. Medezeggenschap en interne checks and balances

De leden van de PVV-fractie vragen hoe wij de medezeggenschap van cliënten gaan verbeteren, opdat zij invloed kunnen uitoefenen om wanpraktijken te kunnen helpen voorkomen. De leden van de PvdA-fractie hebben een vergelijkbare vraag gesteld en willen weten hoe wij willen bewerkstelligen dat patiënten niet alleen formeel een goede medezeggenschapspositie hebben, maar ook daadwerkelijk serieus genomen worden en gezien worden als een reële tegenmacht?

De leden van de SP-fractie willen weten in hoeverre de medezeggenschap van patiënten en zorgverleners gewaarborgd wordt in de plannen, of dat deze er toe zullen leiden dat medezeggenschap vrijblijvend wordt en door bestuurders kan worden ingevuld. Deze leden vragen een gedetailleerde weergave van de veranderingen die we op dit vlak willen doorvoeren, en specifiek ook rondom de bevoegdheden van cliëntenraden.

Zoals ook beschreven in het begeleidend schrijven bij deze beantwoording zijn wij van plan om de huidige WMCZ te wijzigen en hanteren wij hierbij als uitgangspunt de in de begeleidende brief benoemde elementen.
Eén element verdient nog bijzondere aandacht en is het onderwerp van nader onderzoek. Dit zijn de ervaringen met de reikwijdte en de vorm van de medezeggenschap onder de huidige WMCZ. Uit oriënterende gesprekken met ondermeer het LSR, het LOC, de NPCF, Iederin en de NVZ blijkt dat deze thema's een nadere analyse behoeven, die in de komende maanden uitgevoerd wordt.

Medezeggenschap van cliënten is bij uitstek een thema van de zorgbestuurders in samenwerking met de cliëntvertegenwoordigende organen. Wij zijn het met de leden van de D66-fractie eens dat het belangrijk is om de relevante organisaties te betrekken bij de verbeteringen die wij aan de WMCZ aan willen brengen.

Belangrijk voor ons is dat zorgbestuurders tijdig de verbinding leggen met de cliëntenvertegenwoordiging en dat zij hen van die (financiële) middelen voorzien, zodat zij hun rol ook daadwerkelijk kunnen pakken.

Op de vraag van de leden van de SP fractie naar de mate van vrijblijvendheid van medezeggenschap zal de IGZ een toezichthoudende rol krijgen op de op wettelijke verplichtingen van de zorgaanbieder ten aanzien van medezeggenschap. Uiteraard is het niet de bedoeling dat de IGZ treedt in individuele geschillen over medezeggenschap. Dit is voorbehouden aan de commissie van vertrouwenslieden en/of de rechter. Het toezicht betreft de wijze waarop medezeggenschap is georganiseerd. Op deze manier zal de overheid bewaken dat zorgaanbieders hun inspanningsverplichting om te komen tot een cliëntvertegenwoordigend orgaan serieus nemen en zal zij controleren of sprake is van een medezeggenschapsregeling. De vrijblijvendheid die nu in sommige gevallen aan medezeggenschap kleeft, zal dan verminderen. Hoe de wijzigingen er precies uit komen te zien kunnen we op dit moment nog niet zeggen. Hierover informeren wij u op een later moment.

De leden van de CDA-fractie willen graag meer duidelijkheid waarin en waarom de huidige medezeggenschapsregels tekortschieten.

De bestaande wetgeving op het gebied van medezeggenschap, de WMCZ, is te vrijblijvend. Cliëntenraden worden nog te vaak te laat of onvolledig betrokken bij besluitvormingsprocessen. Dit is jammer en zorgt ervoor dat kansen worden gemist om tot breed draagvlak te komen. Dit bleek al uit de evaluatie van de WMCZ in 2000[28]. Daarnaast schiet de ondersteuning van cliëntraden nog vaak tekort. De recente oriënterende gesprekken met de relevante organisaties op het gebied van medezeggenschap (ondermeer het LSR, het LOC, de NPCF, Iederin en de NVZ) tonen bovendien aan dat de uitkomsten van overleg tussen organisaties van zorgaanbieders en organisaties van cliënten uit 2009 en de uitgangspunten zoals geformuleerd in de begeleidende brief bij deze beantwoording voor een groot deel worden onderschreven.

De leden van de VVD-fractie willen graag weten hoe de grens wordt bepaald voor de invloed die cliënten uitoefenen op de besluiten van de zorgaanbieder en door wie en hoe deze grens wordt gehandhaafd.

Vooraf verdient opmerking dat het altijd gaat om *mede*zeggenschap van cliënten en niet om zeggenschap. De besluitvorming is en blijft een zaak van bestuurders. Wel vinden wij het belangrijk dat bestuurders alle relevante perspectieven, waaronder het cliëntenperspectief, meenemen in de besluitvorming. Medezeggenschap is volgens ons een waardevol instrument, waar bestuurders gebruik van kunnen en moeten maken. Besluiten die een direct verband hebben met cliëntenbelangen – denk hierbij aan o.a. fusiebesluiten, besluiten over (nieuw)bouw, maar ook besluiten over catering e.d. – verdienen de inbreng van het cliëntvertegenwoordigend orgaan. Naarmate het belang van de cliënt groter is, moet ook het gewicht dat de inbreng van de cliënt speelt bij de belangenafweging van de bestuurder groter zijn. Dit is ook zoals de medezeggenschap op grond van de WMCZ momenteel is ingericht. Op dit moment heeft de cliëntenraad een gevraagd en ongevraagd adviesrecht op een groot aantal relevante onderwerpen waar de cliënt belang bij heeft. Wanneer de onderwerpen raken aan de dagelijkse leefomgeving van cliënten, geldt in de huidige WMCZ een verzwaard adviesrecht. Omdat dit adviesrecht nog vaak als te vrijblijvend wordt ervaren, stellen wij voor dit

[28] J. de Savornin Lohman, et al. (2000). Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Zorgonderzoek Nederland, Den Haag.

verzwaard adviesrecht van de cliëntenvertegenwoordiging om te zetten in een instemmingsrecht voor onderwerpen die raken aan de directe leefomgeving. Bij de wijziging van de WMCZ zullen wij een en ander nader beargumenteren en zullen wij de relevante partijen betrekken bij deze wijzigingen. Het wettelijk kader vormt echter nu en ook straks het kader op basis waarvan een cliëntenraad advies- dan wel instemmingsrecht zal hebben.

Wanneer zich geschillen voordoen tussen een zorgaanbieder en de cliëntenraad van die instelling rondom het naleven van de medezeggenschapsverplichtingen dan wel het opvolgen van adviezen, is er – afhankelijk van de aard een van het geschil – op dit moment de gang naar de commissie van vertrouwenslieden of naar de kantonrechter mogelijk voor bemiddeling en/ of het doen van bindende uitspraken. Wanneer het gaat om het toezien op het nakomen van de wettelijke verplichtingen als het hebben van een cliëntvertegenwoordigend orgaan en een medezeggenschapsregeling is het onze visie dat hier ook een toezichthoudende rol voor de IGZ is weggelegd, conform ons voorstel zoals geformuleerd in de begeleidende brief bij deze beantwoording.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom het verzwaard adviesrecht van cliëntenraden vervangen wordt door een instemmingsrecht?

Zoals ook in de beantwoording op bovenstaande vraag van de VVD fractie is aangegeven, doet het instemmingsrecht volgens ons recht aan de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder. Bij instemmingsrecht rust op een zorgaanbieder een zwaardere motiveringsplicht als hij wil afwijken van het standpunt van de cliëntenvertegenwoordiging dan nu het geval is.
Met het huidige verzwaard adviesrecht is de situatie zo dat een geschil over een voorgenomen besluit, bijvoorbeeld wanneer de bestuurder heeft verzuimd advies te vragen of wanneer de cliëntenraad negatief heeft geadviseerd, voorgelegd kan worden aan de commissie van vertrouwenslieden. Deze moet zich dan uitspreken over de vraag of het onderwerp wel of niet had moeten worden voorgelegd en – in het geval van een negatief advies – toetsen of het redelijk is of de bestuurder afwijkt van het advies en zijn besluit toch doorzet. In de praktijk wordt deze brede interpretatiemogelijkheid door de commissie van vertrouwenslieden als te vrijblijvend beschouwd.

In een situatie waarbij de cliëntenraad op een onderwerp instemmingsrecht heeft, moet de bestuurder meer moeite doen om de instemming van de cliëntenraad te verwerven. Als de cliëntenraad, ook na nader overleg, niet instemmend adviseert en de zorgaanbieder zijn besluit toch wenst door te zetten, kan hij zich ook in deze situatie wenden tot de commissie van vertrouwenslieden. De toetsing door de commissie is hier echter anders. Bij instemmingsrecht kan deze in zo'n geval alsnog toestemming geven voor het nemen van het besluit, maar alleen indien het (negatief) advies van de cliëntenraad onredelijk is of wanneer er zwaarwegende redenen zijn om af te wijken van het advies van de cliëntenraad. Instemmingsrecht is dus zwaarder dan het verzwaard adviesrecht, maar geen vetorecht. De bestuurder kan afwijken van het advies in zwaarwegende gevallen.

De leden van SP-fractie willen weten in hoeverre de raad van bestuur en de raad van toezicht, patiënten, personeel en andere belanghebbenden betrekt bij grote besluiten, zoals een fusie.

Wij beschikken niet over cijfers waaruit dit blijkt. Wel is het zo dat met ingang van januari 2014 bestuurders op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg verplicht zijn om de visie van relevante stakeholders, waaronder o.a. cliënten en personeel te betrekken bij besluitvorming aangaande een fusie en hierop beargumenteerd in te gaan. De wijze waarop bestuurders ingaan op de inbreng van de stakeholders is vastgelegd in een door de bestuurders opgestelde fusie-effectrapportage. Blijkt uit de fusie-effectrapportage dat bestuurders stakeholders niet hebben betrokken dan keurt de NZa de fusie niet goed. Op de website van de NZa publiceert de NZa haar fusiebesluiten en de door de zorgaanbieders ingediende fusie-effectrapportages. Wij verwijzen u dan ook naar de website van de NZa.

De beleidsbrief laat het wetsvoorstel winstuitkering in de zorg onbesproken. Deze leden vragen hoe wij denken om te gaan met de mogelijk tegengestelde belangen van aandeelhouders en die van stakeholders die staan voor een publiek belang.

De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) stelt regels over winstuitkering en de governancestructuur voor alle zorgaanbieders die op grond van deze wet zijn toegelaten. Het *Wetsvoorstel vergroten van de investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg* geeft aanbieders de mogelijkheid om onder voorwaarden een vergoeding uit te keren voor aangetrokken risicodragend kapitaal, net zoals dat nu al mogelijk is in veel andere sectoren. Bovendien stelt dit wetsvoorstel specifiek voor aanbieders van medisch specialistische zorg aanvullende voorwaarden, ook ten aanzien van de governance. Dit is in de memorie van toelichting op de wet en de schriftelijke en mondelinge behandeling van het wetsvoorstel uitgebreid besproken en daarom niet meer apart in de brief goed bestuur opgenomen.

Ten aanzien van de mogelijk tegengestelde belangen, verwachten wij geen problemen. Aandeelhouders investeren hun eigen geld om de zorgaanbieder beter te maken en uiteraard om rendement te krijgen op het kapitaal dat zij ter beschikking hebben gesteld. Dit ligt in elkaars verlengde. Zij willen daarom dat de kwaliteit van de zorgaanbieder zo hoog mogelijk is. Dit is immers het kernbelang van een zorgaanbieder en hoe beter deze hierop presteert hoe groter de kans dat er een vergoeding voor het aangetrokken risicodragend kapitaal kan worden uitgekeerd. Daarnaast zorgen de voorwaarden van het bovengenoemd wetsvoorstel ervoor dat de continuïteit van de aanbieder niet ten koste kan gaan van zijn besluit om privaat kapitaal aan te trekken. Ook houdt de IGZ in haar risicogestuurde toezicht rekening met ziekenhuizen die privaat kapitaal hebben aangetrokken. Zeker in de eerste jaren na inwerkingtreding van het wetsvoorstel. Bovendien is ook de raad van bestuur op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen- en straks ook volgens de Wkkgz- eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.
Bij het stimuleren van het debat over goed bestuur in het veld, zullen wij ook de ontwikkelingen rondom bestuursmodellen in de zorg meenemen. Het gaat hierbij zowel om situaties waarbij er sprake zal zijn van winstuitkering en aandeelhouderschap, als om afspraken die gemaakt worden rondom integrale bekostiging van specialisten, waarbij zorgaanbieders contractuele relaties aangaan met (regio-)maatschappen.

De leden van de D66-fractie geven aan dat zij met instemming kennis hebben genomen van het voornemen om bij taakverwaarlozing door toezichthouders de cliëntvertegenwoordiging de bevoegdheid te geven om bij de Ondernemingskamer te verzoeken de toezichthouders te ontslaan. Zij vragen of deze bevoegdheid ook is overwogen met betrekking tot bestuurders.

Wij hebben dit overwogen en zijn tot de conclusie gekomen dat dit bij uitstek een taak is van de raad van toezicht. Juist door de cliëntenvertegenwoordiging de bevoegdheid te geven leden van de raad van toezicht te kunnen ontslaan zijn wij van mening dat wij die stimulans creëren die nodig is om raden van toezicht, voor zover dit uit zichzelf niet al doen, ertoe te zetten hun verantwoordelijkheid te nemen en adequaat in te grijpen als dit nodig is en zo nodig bestuurders te ontslaan.

De leden van de SP-fractie willen graag weten welke procedures er in de afgelopen jaren bij de Ondernemingskamer gediend hebben op het gebied van wanbestuur, wanbeleid en/of fraude in de zorg. Deze leden willen ook graag weten wie deze procedures bij de Ondernemingskamer aanspanden en wat de uitspraak was.

De leden van de SP-fractie vragen hoe vaak er gebruik is gemaakt van het enquêterecht met betrekking tot zorgaanbieders. Wij beschikken niet over de exacte cijfers. Wel blijkt uit de oriënterende gesprekken die wij hebben gevoerd met het LOC en het LSR dat er relatief weinig gebruik wordt gemaakt van het enquêterecht. Bovendien komt in deze gesprekken heel duidelijk naar voren dat cijfers over het aantal procedures niet zo relevant zijn en niet zoveel zeggen. LOC en LSR benadrukken dat de dreiging die van het enquêterecht uit kan gaan in veel gevallen al voldoende is voor het cliëntvertegenwoordigend orgaan om, in die gevallen waarin dat van nature niet gebeurd, als serieuze gesprekspartner te worden gezien. Een zelfde praktijk is ook zichtbaar bij ondernemingsraden wanneer het gaat om de wettelijke mogelijkheden voor ondernemingsraden om een geschil voor te leggen aan de Ondernemingskamer. Voor zover achterhaald kan worden zijn er voor wat betreft het gebruik van het enquêterecht door cliëntenraden twee zaken aanhangig gemaakt bij de ondernemingskamer in 2010, in ieder geval één zaak in 2013 en één in 2014. Dergelijke cijfers hebben wij voor ondernemingsraden nog niet kunnen achterhalen. Een belangrijke, in het oog springende zaak die onlangs is afgerond, betrof de enquête rondom het faillissement van Meavita. Deze was echter aangespannen door de ABVA KABO.

In een op 9 oktober 2014 bij de Ondernemingskamer aanhangig gemaakte zaak heeft de cliëntenraad van een ziekenhuis de Ondernemingskamer verzocht om een voorlopig voorziening ter schorsing van de besluitvorming rondom een voorgenomen fusie, alsook om een onderzoek te gelasten naar het beleid en de gang van zaken bij het ziekenhuis.[29] De zorgaanbieder heeft zich in deze zaak verweerd door het gerechtshof te vragen het verzoek niet-ontvankelijk te verklaren omdat zij onvoldoende tijd had gekregen (enkele dagen) om te reageren op het voornemen van de cliëntenraad en omdat zij van mening was dat de besluitvorming rondom de fusie nog wezenlijk beïnvloed kon worden. De Ondernemingskamer heeft in deze zaak snel gereageerd. In haar beschikking van 29 oktober heeft zij de uitspraak gedaan dat de korte tijd tussen het aankondigen van het in te dienen verzoek door de cliëntenraad en het daadwerkelijke indienen ervan (enkele dagen), redelijk was gezien de op handen zijnde besluitvorming door de raad van bestuur. Het verzoek van de cliëntenraad was daarmee wel ontvankelijk. De Ondernemingskamer wees het verzoek tot een onderzoek echter af omdat naar haar oordeel de cliëntenraad nog de mogelijkheid had om de voorgenomen fusie – en keuzeopties daarbij – te beïnvloeden. De Ondernemingskamer gaat er in de uitspraak wel van uit dat het ziekenhuis het advies van de cliëntenraad (alsnog) serieus zal overwegen en dat de cliëntenraad daarbij ook gebruik kan maken van externe adviseurs voor rekening van de zorgaanbieder.

---

[29] Uitspraak Gerechtshof Amsterdam, zaaknummer. 200.157.406/01, 29 oktober 2014. http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHAMS:2014:4433.

Wij hechten eraan te benadrukken dat de bedoeling van medezeggenschap is dat aanbieder en cliënt op een constructieve manier met elkaar werken aan de kwaliteit van zorg en dat slechts in het uiterste geval van een dergelijk zware procedure als het enquêterecht gebruik moet worden gemaakt. Het is daarbij aan de betrokken partijen om te beslissen wanneer het enquêterecht het aangewezen middel is. In de oriënterende gesprekken met de belangenorganisaties van cliënten, met aanbieders en met individuele (leden van) cliëntenraden kwam naar voren dat medezeggenschap vooral een manier is om de afstand tussen bestuurders en individuele cliënten te verkleinen.

Tijdens het AO integriteit en verwevenheid van 6 november jl. heeft uw Kamer gevraagd naar de specifieke hoogte van de proceskosten voor een enquêteverzoek bij de Ondernemingskamer en of wij die kosten kunnen dragen voor de cliëntenraden.

De kosten die gepaard gaan met een enquêteonderzoek kunnen omvangrijk zijn en bestaan naast griffierechten ook uit de kosten voor het onderzoek en voor juridische bijstand door een advocaat. De griffiekosten bedragen op dit moment ca. € 700 tot ca. € 5.000, afhankelijk van de omvang van de organisatie. De advocaatkosten hebben betrekking op de juridische bijstand voor zowel de verzoekende als verwerende partij. Indien de Ondernemingskamer een enquêteverzoek in de beginfase toewijst, dan stelt zij een maximum bedrag vast dat het onderzoek mag kosten. Dit bedrag kan zij desgewenst tijdens het onderzoek verhogen. De kosten voor een gemiddeld enquêteonderzoek kunnen al snel enkele tienduizenden euro's bedragen.

In de regel zullen deze kosten gedragen worden door de zorgaanbieder waartoe het cliëntvertegenwoordigende orgaan behoort, mits de zorgaanbieder een redelijke termijn heeft gekregen om (alsnog) aan de bezwaren tegemoet te komen. De Ondernemingskamer toetst voorts bij ieder verzoek of het ontvankelijk is en/of er gegronde reden is om te twijfelen aan het juiste beleid van een zorgaanbieder. Indien een onderzoek niet ontvankelijk wordt verklaard, dan bestaat er de mogelijkheid dat de zorgaanbieder op grond van Art. 2:350 lid 2 BW de cliëntenraad aansprakelijk stelt voor eventueel geleden schade. Dit zal echter in uitzonderlijke situaties gebeuren. Daarnaast is het mogelijk dat in de eindfase, wanneer het verslag van het onderzoek is ingediend en de Ondernemingskamer de conclusie trekt dat het enquêteverzoek achteraf niet op redelijke gronden was gedaan, dan kan de verzoekende partij in de kosten worden veroordeeld. Deze situatie zal waarschijnlijk niet snel voorkomen, maar is niet geheel uit te sluiten. Bij de behandeling van de Wet toelating zorginstellingen in 2004, heeft de toenmalige Minister van VWS op dit risico gewezen. [30]

Het enquêterecht wordt door cliëntvertegenwoordigende organen in de praktijk terughoudend gebruikt en geldt vooral als drukmiddel om bestuurders te dwingen openheid van zaken te geven. De procedure is zodanig met waarborgen omkleed, dat misbruik of lichtzinnig gebruik niet snel zal voorkomen, onder meer omdat de Ondernemingskamer bij ieder verzoek toetst of het ontvankelijk is en of er reden is om te twijfelen aan het beleid van een zorgaanbieder.

[30] Brief Minister van VWS, Nader Rapport inzake het ontwerp van een algemene maatregel van bestuur, houdende de uitvoering van enige bepalingen van de Wet toelating zorginstellingen, 22 december 2004, p.3.

Wij zijn van mening dat de procedurekosten geen drempel dienen te vormen voor cliëntenraden die om goede redenen gebruik maken van dat recht. Wij zullen daarom bij de nadere uitwerking van onze voorstellen ter verbetering van de medezeggenschap nader onderzoeken of er aanvullende waarborgen nodig zijn om een cliëntenraad te vrijwaren van (forse) financiële risico's rondom een enquêteverzoek. Daar staat tegenover wij willen voorkomen dat er lichtzinnig van dit recht gebruik gemaakt wordt. In de komende periode gaan we nader uitzoeken hoe we hier een goed evenwicht in kunnen bewaren.

De leden van de SP-fractie vragen of het niet goed zou zijn wanneer de Minister van VWS zich ook als belanghebbende zou kunnen wenden tot de Ondernemingskamer wanneer er sprake is van vermoeden van wanbestuur, wanbeleid en/of fraude.

De Minister van VWS is verantwoordelijk voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het is bij uitstek een taak van de interne toezichthouder en de medezeggenschapsorganen om in actie te komen wanneer er sprake is van een vermoeden van wanbestuur en wanbeleid. In het geval van een vermoeden van fraude is ook voor verzekeraars, de NZa, de ISZW, de FIOD of het OM een rol weggelegd. Wie op kan treden als belanghebbende is afhankelijk van de vraag of het hierbij gaat om aansprakelijkheidstelling voor geleden schade, om een verzoek tot ontslag van een bestuurder of om onbehoorlijk bestuur of fraude dat tot een faillissement heeft geleid.

Het BW omschrijft in art. 2:345, 2:346 en 2:347 welke belanghebbenden bevoegd zijn tot het indienen van een enquêteverzoek bij de Ondernemingskamer. Dit recht komt onder meer toe aan de zorgaanbieders zelf, aan het cliëntenvertegenwoordigende orgaan (op grond van de WTZi), aan bepaalde groepen aandeelhouders, etc. Ook de advocaat-generaal kan op basis van het openbaar belang een verzoek indienen. Het is echter niet de wenselijk dat de Minister als belanghebbende ten opzichte van een individuele zorgaanbieder of cliëntvertegenwoordigend orgaan op gaat treden. Deze verantwoordelijkheid ligt primair bij de direct betrokken partijen.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten waarom voor het enquêterecht is gekozen bovenop de laagdrempelige mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de Governancecommissie.

Het enquêterecht bestaat ook nu al voor zorgaanbieders met de rechtsvorm stichting of vereniging. Wij zijn van plan om het enquêterecht te laten gelden voor alle zorgaanbieders, ongeacht de rechtsvorm. Het enquêterecht biedt cliëntvertegenwoordigende organen dat gewicht dat zij nodig hebben om er, in die gevallen waar dat van nature niet gebeurt, voor te zorgen dat zij worden uitgenodigd aan de gesprekstafel van de bestuurder. Dit wordt beaamd door onder andere het LOC en het LSR. De uitspraken van de Governancecommissie hebben betrekking of de naleving van de Zorgbrede governancecode. De uitspraken zijn vrijblijvend en kennen niet dat gewicht dat het enquêterecht wel kent.

Wij zien het enquêterecht als een belangrijke aanvulling op medezeggenschap van cliënten in de zorg en als aanvulling op de geschillenbemiddeling- en beslechting van de Governancecommissie inzake de zorgbrede governancecode en de Landelijke commissie van vertrouwenslieden voor de WMCZ. Het enquêterecht is een ingrijpend recht, waar geen lichtzinnig gebruik van moet worden gemaakt en cliëntvertegenwoordigende organen lijken zich daar ook van bewust te zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen welke eisen worden gesteld aan de kwaliteit van de cliëntenraad.

De cliëntenvertegenwoordiging moeten in ieder geval een afspiegeling zijn van het adherentiegebied dan wel de cliënten van de zorgaanbieder. Het cliëntvertegenwoordigend orgaan moet haar wettelijke taak naar behoren uitvoeren en dus kwalitatief goede inbreng leveren. Het is aan de zorgaanbieder om de cliëntvertegenwoordiging in staat te stellen om door middel van opleidingen en/of (financiële) ondersteuning de benodigde kennis en vaardigheden te verwerven.
Wij benadrukken dat cliëntvertegenwoordigende organen zelf een belangrijke verantwoordelijkheid hebben om ervoor te zorgen dat zij als serieuze gesprekspartner worden gezien. Het LSR en de NVZ hebben aangegeven dat ze een samenwerking met elkaar zijn aangegaan om de professionaliteit van cliëntenraden te bevorderen. Dergelijke initiatieven juichen wij van harte toe.

De leden van de CDA-fractie willen weten of het klopt dat het medezeggenschapsrecht voor AWBZ organisaties alleen betrekking heeft op locaties die bestemd zijn voor het verlenen van zorg aan cliënten?

Op dit moment laten wij onderzoeken wat de ervaringen zijn met de reikwijdte en vorm van medezeggenschap. Uitkomsten van dit onderzoek zullen wij betrekken bij onze voorgenomen wijziging van de WMCZ. Het uitgangspunt is echter dat medezeggenschap zorgbreed beschikbaar is en blijft.

De leden van de D66-fractie vragen om een toelichting op het besluit om in de curatieve zorg de cliëntenraad met zijn huidige bevoegdheden (adviesrecht en verzwaard adviesrecht) niet meer te verplichten en wat de redenen hiervoor zijn.
De leden van de D66-fractie vragen ons te bevestigen dat in de langdurige zorg wel sprake blijft van een wettelijke verankering van cliëntenraden.

Wij hebben de afgelopen periode deze vraag ook gekregen van verschillende cliëntenraden in de curatieve zorg. Bij hen was de angst ontstaan dat wij van plan zijn om de medezeggenschap in de curatieve zorg aan banden te leggen. Met de brief van 19 september 2013 hebben we onbedoeld de indruk gewekt dat we voor de curatieve zorg niet langer een cliëntvertegenwoordiging met bijbehorende medezeggenschapsrechten willen verplichten. Dit beeld willen we hierbij rechtzetten. Ook in de curatieve zorg zal het cliëntvertegenwoordigend orgaan blijven bestaan en worden de bevoegdheden waar nodig verbeterd. Net als de leden van de D66-fractie, zijn wij van mening dat een goede, professionele cliëntenvertegenwoordiging een belangrijke bijdrage levert aan de goede zorgverlening.
Wij bevestigen hierbij dat de wettelijke verankering van een cliëntvertegenwoordigend orgaan, zowel voor de curatieve zorg als de langdurige zorg van toepassing zal zijn.

De leden van de D66-fractie nemen er kennis van dat wij zorgaanbieders de aanvullende verplichting opleggen om er zorg voor te dragen dat de noodzakelijke informatie om inspraak uit te oefenen tijdig en toegankelijk beschikbaar is. Zij vragen ons dit nader te duiden.

Wat onder tijdig en toegankelijk moet worden verstaan kan per voorgenomen besluit van een zorgaanbieder verschillen. Ingrijpende besluiten vergen meer voorbereidingstijd dan kleine besluiten. Het is de verantwoordelijkheid van de bestuurder om te beslissen wat voldoende tijdig is. Het mag in ieder geval niet zo zijn, dat cliëntenraden pas worden

betrokken als het feitelijke besluit al is genomen en het enige dat rest is het inroepen van de nietigheid van het besluit. In de oriënterende gesprekken met onder andere het LOC en het LSR kwam naar voren dat dit in de praktijk nog wel eens voorkomt. Cliëntenraden moeten echt in staat worden gesteld om hun rol naar behoren op te kunnen pakken.

De leden van de D66-fractie constateren ook dat de zorgaanbieder straks voldoende middelen beschikbaar moet stellen om de medezeggenschap te ondersteunen. Deze leden horen graag of dit betekent dat een vast percentage van de begroting hiervoor zal moeten worden gereserveerd.

Hoeveel en welke middelen beschikbaar zijn voor de ondersteuning van medezeggenschap, kan van geval tot geval verschillen. Uit de eerder genoemde oriënterende gesprekken over medezeggenschap komt naar voren dat verbeteringen op het gebied van financiering zoals door ons wordt voorgesteld worden onderschreven. Dit houdt in dat de cliëntvertegenwoordiging met het bestuur afspraken moet maken over de financiering. De zorgaanbieder moet het cliëntvertegenwoordigend orgaan die middelen ter beschikking stellen die redelijkerwijze nodig zijn om de taken te kunnen uitvoeren. Het gaat dan onder meer om het gebruik van faciliteiten, een budget voor reguliere werkzaamheden en scholingskosten. Het ligt in de rede dat cliëntvertegenwoordigende organen in een werkplan en begroting aangeven welke kosten zij verwachten te maken. Dit kan betekenen dat zij een bepaald budget krijgen, maar ook dat zij per situatie afspreken welke financiering redelijk is. Het is aan het cliëntvertegenwoordigend orgaan en zorgaanbieder gezamenlijk om hier nader invulling aan te geven. Wij kunnen ons voorstellen dat gebruikt wordt gemaakt van de al bestaande model financieringsregeling.

De leden van de CDA-fractie merken op dat de commissie Halsema stelt dat te overwegen valt cliëntenraden een sterker voordrachtsrecht te geven voor de raad van toezicht. Zij vragen onze mening hierover.

In het regeringsstandpunt bij het rapport van de commissie Behoorlijk Bestuur heeft het kabinet positief gereageerd op de mogelijkheid van een dergelijke bepaling.[31] In de huidige WMCZ is geregeld dat bij instellingen met een bezoldigde raad van bestuur, de cliëntenraad de mogelijkheid heeft een bindende voordracht te doen voor één lid van de raad van toezicht, tenzij ze van deze mogelijkheid geen gebruik maakt. De ervaringen met het voordrachtsrecht van het cliëntvertegenwoordigend orgaan voor een lid van de raad van toezicht zullen worden betrokken bij gesprekken met de (branche)organisaties van zorgaanbieders en cliëntenorganisaties (waaronder LOC en LSR). Wij vinden het in ieder geval belangrijk dat leden van de raad van toezicht van een zorgaanbieder bij hun toezicht ook het aspect «kwaliteit vanuit cliëntperspectief» betrekken.

9. Toelating nieuwe zorgaanbieders

De leden van de VVD-fractie geven aan de insteek te delen dat zorgverzekeraars een belangrijke verantwoordelijkheid hebben bij de aanscherping van de toelating van zorgaanbieders. Zij wijzen er echter op dat hierbij alleen wordt ingegaan op de gevallen waarin er contracten gesloten zijn tussen aanbieders en verzekeraars. Zij vragen ons ook in te gaan op de gevallen waarin de aanbieder niet gecontracteerd is door de verzekeraar.

[31] Kamerstuk 28 479, nr. 69.

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij het selecteren en contracteren van zorgaanbieders. Een zorgverzekeraar moet zich er immers van vergewissen dat hij goede zorg voor zijn verzekerden inkoopt tegen een redelijke prijs. Om te kunnen beoordelen of dat het geval is, zal de zorgverzekeraar kijken naar de wijze waarop de zorgaanbieder zijn zorg levert en hoe hij de benodigde waarborgen daarvoor treft. Aandacht voor goed bestuur is daar een voorbeeld van. Pas als een toetreder beschikt over voldoende waarborgen, zal een verzekeraar een contract afsluiten. Wanneer een aanbieder in de ogen van de verzekeraar onvoldoende waarborgen biedt voor het leveren van goede zorg, kan hij besluiten om geen contract af te sluiten. De mogelijkheid voor verzekeraars om geleverde zorg van een niet-gecontracteerde aanbieder niet te vergoeden werd geregeld in het wetsvoorstel dat voorzag in de wijziging van art 13 Zvw. Het wetsvoorstel dat voorzag in een wijziging van artikel 13 van de Zvw is op 16 december jl. door de Eerste Kamer verworpen. Over de gevolgen van het niet aanvaarden van dit wetsvoorstel wordt uw Kamer separaat geïnformeerd.

De werkwijze van verzekeraars ten aanzien van het contracteren geldt voor bestaande maar in het bijzonder ook voor nieuwe toetreders, die nog geen «track record» hebben opgebouwd qua zorgverlening. Zorgverzekeraars zijn bezig om het proces van screenen efficiënter in te richten. Vektis gaat op verzoek van Zorgverzekeraars Nederland een mogelijkheid ontwikkelen om feitelijke informatie uit diverse bronnen (die ook nu al door zorgverzekeraars worden geraadpleegd) real-time op te halen. Op basis van deze informatie maakt elke zorgverzekeraar een eigen afweging en beoordeelt of er risico's zijn. De zorgverzekeraar besluit vervolgens of er een zakelijke relatie wordt aangegaan of gecontinueerd en of er beheersmaatregelen nodig zijn. Begin 2015 wordt hieraan gebouwd. Nadat het gebruikersprotocol voor de zorgverzekeraars en het privacyreglement voor de zorgaanbieders zijn uitgewerkt, zal een pilot plaatsvinden met een nader te bepalen groep zorgaanbieders.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de relatie tussen de rol van de verzekeraar en het beboeten van zorgverleners. Zij vragen op basis van welke criteria kwaliteit wordt beoordeeld. De leden van de VVD-fractie vragen of er een onderscheid is bij de toelating tussen de beoordeling van basiscriteria en aanvullende kwaliteitscriteria.

Het toezicht van de IGZ enerzijds en anderzijds het inkoopbeleid van de verzekeraar en zorgkantoor, moet ervoor gaan zorgen dat de zorg alleen toegankelijk is voor zorginstellingen die kwalitatief goede en veilige zorg bieden.
Het toezicht van de IGZ richt zich vooral op nieuwe toetreders met een hoog risico. Daarbij toetst de IGZ of nieuwe toetreders voldoen aan de wettelijke vereisten (waaronder de eisen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG) en of zij de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg in acht nemen (waaronder de professionele standaarden en geldende kwaliteitsstandaarden). De IGZ toetst of de kwaliteit in ieder geval voldoet aan de minimale eisen voor verantwoorde zorg (de basiscriteria) en grijpt in waar dat niet het geval is. Zorg die onder de maat is, mag immers niet worden geleverd.
De verzekeraar of het zorgkantoor zal voor zijn verzekerden de beste zorg willen inkopen en zal daarom meer eisen hebben dan voor het toezicht van de IGZ nodig is. De extra criteria die zij vaak stellen, zijn aanvullend op de bovenbedoelde basiscriteria. Deze criteria neemt de IGZ niet mee bij de beoordeling. Zorg die niet naar de wens van de verzekeraar of zorgkantoor is, wordt door hem niet gecontracteerd.

De leden van de SP-fractie geven aan niet tevreden te zijn met de manier waarop wij de verscherping van de toelating van zorgaanbieders aanpakken. Deze leden vinden het risicogestuurde toezicht binnen vier weken na de start van de zorgverlening weinig toevoegen aan de papieren toets zoals die nu plaatsvindt. Zij vragen ons waarom wij er niet voor kiezen om zorginstellingen pas toe te laten tot de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) nadat de IGZ heeft geconstateerd dat alle voorwaarden aanwezig zijn voor het bieden van goede zorg.

Het voorstel van de leden van de SP-fractie om zorginstellingen pas toe te laten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) nadat de IGZ heeft geconstateerd dat alle voorwaarden aanwezig zijn voor het bieden van goede zorg, betekent dat die nieuwe zorginstellingen al enige tijd in bedrijf moeten zijn vooraleer besloten wordt over het verstrekken van de toelating. Om te kunnen constateren dat alle voorwaarden aanwezig zijn voor het bieden van goede zorg, moet de zorginstelling immers al functioneren. Zo niet dan zou er ook in dat geval enkel sprake zijn van een papieren toets. Daarvan is juist besloten dat een papieren toets onvoldoende is.
Wij hebben gekozen om na een eerste toets door het CIBG, waarmee beslist wordt over het afgeven van een toelating, de IGZ binnen een termijn van vooralsnog vier weken na de daadwerkelijke start van de zorgverlening een tweede beoordeling te laten doen. Er kan pas echt op kwaliteit en veiligheid getoetst worden, als een nieuwe toetreder ook daadwerkelijk functioneert en cliënten behandelt. Dan kan de IGZ ook nagaan of de in de wet gestelde eisen ook in de praktijk handen en voeten hebben gekregen. Als de IGZ constateert dat de kwaliteit en veiligheid onder de maat zijn, kan de IGZ direct maatregelen treffen, waaronder een directe sluiting van de nieuwe toetreder.

De leden van de SP-fractie vragen of het risico gestuurd toezicht van de inspectie aan de hand van een ingevulde vragenlijst wel afdoende is, waarop de IGZ toetst en of het voor zorgaanbieders zonder goede bedoelingen niet heel gemakkelijk wordt gemaakt om onder het toezicht van de IGZ uit te komen. Zij willen weten waarop de IGZ bij nieuwe aanbieders toetst.

In 2014 is de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) door middel een pilot gestart met het intensiveren van het bestaande toezicht op nieuwe toetreders. Op dit moment verwerkt de IGZ de laatste bevindingen van de pilot en wordt uw Kamer hierover dit voorjaar per brief geïnformeerd.

Om ervoor te zorgen dat een zorgaanbieder zonder goede bedoelingen niet gemakkelijk onder het toezicht van de IGZ uit kan komen hanteerde de IGZ in haar pilot de volgende uitgangspunten:
- De inspectie bezoekt nieuwe zorgaanbieders maximaal vier weken nadat de IGZ de registratiegegevens van een zorgaanbieder van het CIBG ontvangt, of – indien bekend is dat een zorgaanbieder op een later moment start – binnen vier weken na de start van de zorgverlening.
- De inspectie bezoekt nieuwe zorgaanbieders, die vallen onder de definitie van instelling in de zin van de kwaliteitswet, in de gehandicaptenzorg, ouderenzorg en de GGZ.
- Zij geeft daarbij op basis van risico's prioriteit aan het bezoeken van alle instellingen waar drie of meer personen zorg leveren, waar sprake is van risicovolle behandelingen, of waar sprake is van 24-uurs zorg.
- Zij toetst daarbij op de aanwezigheid van randvoorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg.

– Zij brengt vervolgbezoeken bij instellingen waar nadrukkelijk risico's ten aanzien van verantwoorde zorg, of de randvoorwaarden voor, aanwezig zijn.
– Indien noodzakelijk treedt de IGZ handhavend op.

Het is niet zo dat de IGZ uitsluitend toetst aan de hand van een in te vullen vragenlijst. Ten aanzien van het te plaatse toetsen van nieuwe zorgaanbieders op de aanwezigheid van randvoorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg toetst de IGZ tijdens een eerste inspectiebezoek minimaal op de volgende thema's:
– Beschikbaarheid van een zorgplan;
– Het hebben van een klachtenregeling/ klachtencommissie;
– De vastgelegde afspraken met ketenpartners en hoofdaannemers;
– Aanwezigheid van gedragscode;
– Aanwezigheid van opleidingsplan;
– Kwaliteitssysteem;
– Deskundigheid en bekwaamheden van het personeel, in relatie tot de cliëntengroep;
– Aanwezigheid van uitsluitingcriteria cliënten;
– Protocollen (uitvoeringsprotocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen);
– Meldingen Incidenten Cliënten (MIC/MIP);
– Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen;
– Medicatiebeleid;
– Implementatie meldcode geweld in afhankelijkheidsrelaties/ huiselijk geweld.

De thema's en nadere toelichting zijn openbaar beschikbaar via de website van de IGZ (www.igz.nl onder Nieuwe Toetreders). Wanneer de IGZ fraude vermoedt dan neemt zij contact op met het Openbaar Ministerie.

De leden van de SP-fractie vragen naar de rol van verzekeraars en in het bijzonder naar de «controlefunctie» die zorgverzekeraars hebben en of dit geen extra bureaucratische, materiële controles zijn. Voorts vragen de leden of niet juist de IGZ meer taken zou moeten krijgen voor goede controle op kwaliteit van zorg. Voorts vragen de leden van de SP-fractie naar de uitkomsten van de gesprekken tussen de IGZ, de NZa, de zorgverzekeraars en de regering.

De verzekeraar of zorgkantoor zal voor zijn verzekerden de beste zorg willen inkopen en zal daartoe eigen eisen stellen aan zorgaanbieders. Bovendien zal deze waarborgen willen hebben dat de door hem gecontracteerde zorg echt wordt geleverd. Dat is inherent aan de contractuele relatie tussen zorgaanbieder en verzekeraar / zorgkantoor. Wij zijn van mening dat de door de verzekeraar gewenste waarborgen geen extra bureaucratie is, maar dat dit juist hoort bij de rol en de taak van de verzekeraar om goede zorg voor zijn verzekerden in te kopen. Voor een aanbieder die de zorg op orde heeft, zal het ook geen probleem zijn om dat bij een verzekeraar aan te tonen. Daarom ook is een verschuiving van taken van verzekeraar naar IGZ voor ons niet aan de orde.

Het staat buiten kijf dat de IGZ de publieke toezichthouder is die toeziet op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De IGZ kijkt daarbij of het leveren van verantwoorde zorg in het geding is. De verzekeraar stelt zoals gezegd ook eigen eisen en zal willen nagaan of de door hem ingekochte zorg ook echt geleverd is.
Op dit moment zijn wij in gesprek met verzekeraars, de NZa, het CIBG en de IGZ hoe deze partijen elkaar kunnen aanvullen als het gaat om de controle op nieuwe toetreders. Afgesproken is dat de genoemde partijen meer gaan samenwerken en gegevens uitwisselen, onder meer op het

gebied van nieuwe toetreders. Dit moet ertoe leiden dat bevindingen ten aanzien van nieuwe toetreders van een individuele verzekeraar of de IGZ gedeeld worden zodat alle verzekeraars daar bij hun zorginkoop of controle op declaraties rekening mee kunnen houden. Wij onderzoeken op dit moment of, en zo ja, welke aanpassingen hiervoor nodig zijn, bijvoorbeeld in regelgeving.
De uitkomsten hiervan worden meegenomen in onze eerder genoemde uitvoeringsagenda.

De leden van de CDA fractie vragen of de IGZ voldoende capaciteit heeft om iedere nieuwe zorginstelling binnen vier weken te bezoeken. Voorts vragen zij zich af hoe de IGZ rekening houdt met het feit dat zij op dat moment een momentopname zien en dat de zorg nog in een ontwikkelstadium verkeert. De leden van de D66-fractie vragen ten aanzien van het toezicht door de IGZ op nieuwe zorgaanbieders af hoeveel extra fysieke starttoetsen er jaarlijks zijn te verwachten en hoe de IGZ wordt uitgerust om deze extra taak uit te voeren.

De intensivering in 2014 van het toezicht op nieuwe toetreders heeft de IGZ verricht binnen de bestaande kaders ten aanzien van bezetting en middelen. In de kern komt het erop neer dat inspecteurs ten opzichte van 2013 meer en gerichter controle ter plaatse bij zorgaanbieders hebben uitgevoerd. De IGZ hield tot dusverre al toezicht op nieuwe toetreders met een hoog risico, daarvoor was dus al capaciteit beschikbaar.
Op grond van de ervaringen opgedaan tijdens de pilot, wordt besloten over de verdere invulling van de controles vanaf 2015 en of, en zo ja, hoeveel extra toezichtcapaciteit daarvoor nodig is.

De inzet van de pilot in 2014 was om alle nieuwe toetreders, die zorginstelling zijn die AWBZ- of ZVW-zorg aanbieden, door de IGZ ter plaatse te laten toetsen. Het gaat hierbij om circa 350 zorginstellingen.
Bijzonder aandachtspunt is, zoals de leden van de CDA-fractie ook al aangeven, dat de zorg zich vier weken na de start van een nieuwe toetreder nog in een ontwikkelstadium bevindt. Diverse nieuwe toetreders hebben na 4 weken nog nauwelijks meer dan de verplichte inschrijving bij de Kamer van Koophandel op grond van de Handelsregisterwet.
Onderdeel van de pilot was dan ook om te bezien wat het meest optimale moment is om nieuwe toetreders ter plaatse te bezoeken. Op dit moment verwerkt de IGZ de laatste bevindingen van de pilot en uw Kamer wordt hierover dit voorjaar per brief geïnformeerd. Hoe het toezicht op nieuwe toetreders er, op basis van deze pilot, uit komt te zien nemen wij mee in onze eerder genoemde uitvoeringsagenda.

De leden van de D66-fractie vinden het samen met ons wenselijk dat de IGZ precies weet waar nieuwe zorgaanbieders zich bevinden. Deze leden zijn daarom blij met de verplichting tot volledige inschrijving in het Handelsregister. Deze leden zetten wel vraagtekens bij de verplichting voor zorgaanbieders om na de inschrijving een vragenlijst in te vullen over onder meer personeelszaken en kwaliteit. Deze leden vragen hoeveel administratieve lasten hiermee gepaard gaan?

In de pilot is onder meer gekeken welke vorm van risicoanalyse effectief is voor het toezicht op nieuwe toetreders. Ook moet de pilot inzicht geven in de belasting ervan voor nieuwe toetreders. Alternatieven voor de IGZ-vragenlijst worden ook in de pilot meegenomen. Het gaat erom dat de IGZ op een effectieve wijze vooraf veiligheid- en kwaliteitsrisico's kan inschatten en deze bij haar bezoek ter plaatse kan toetsen. Op dit moment verwerkt de IGZ de laatste bevindingen van de pilot en wordt uw Kamer hierover dit voorjaar per brief geïnformeerd. Hoe het toezicht op nieuwe

toetreders er, op basis van deze pilot, uit komt te zien nemen wij mee in onze eerder genoemde uitvoeringsagenda.